Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 28. 9. Juli. 1889.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

36. Jahrgang.

Originalien.

Aus der k. Universitäts-Kinderklinik zu München.

Ueber Intubation des Kehlkopfes.

(Vortrag, gehalten im ärztlichen Vereine.)

Von Professor Dr. *H. Ranke*.

Meine Herren! Die von Dr. Joseph O'Dwyer, Arzt an der New Yorker Findelanstalt, ausgebildete Methode der Intubation des Kehlkopfes bei diphtheritischer Larynxstenose findet in Amerika so grossen Anklang und hat dort bereits so bedeutende Erfolge aufzuweisen, dass es unabweisbar nöthig geworden ist, das Verfahren auch bei uns einer unparteiischen und gewissenhaften Prüfung zu unterwerfen.

Geheimrath Thiersch[1]) in Leipzig, Dr. Rehn[2]) in Frankfurt und Dr. Graser[3]) in Erlangen haben bereits Beiträge zu dieser Prüfung veröffentlicht. Bei dem ziemlich grossen Diphtherie-Material, das mir in der hiesigen Kinderklinik zu Gebote steht, hielt ich es für meine Aufgabe, die Prüfung auch meinerseits in die Hand zu nehmen. Ich habe die Versuche mit der Intubation im October 1888 begonnen und bis heute fortgesetzt.

Doch ich muss einige Bemerkungen über die Entstehung der Methode vorausschicken.

Ich erinnere mich noch sehr wohl wie im Winter 1858/59 der Vorschlag Bouchut's, bei Croup die Tubage des Kehlkopfes vorzunehmen, in unseren Kreisen als eine Art von Curiosum besprochen wurde. Offenbar fusste das allgemein ungünstige Urtheil über den neuen Vorschlag auf dem Verdict, das die Pariser Académie Imperiale de Médecine darüber ausgesprochen hatte.

Bouchut damals Professeur agregé der medic. Facultät in Paris und Arzt am Kinderhospital St. Eugénie (das jetzt den Namen Hospital Trousseau trägt) war durch sein Handbuch der Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge,[4]) das damals bereits in drei Auflagen erschienen war, auch bei uns wohlbekannt.

In seiner Mittheilung an die Academie vom 14. September 1858: »Ueber eine neue Behandlung des Croup durch Tubage des Kehlkopfes« sagte er, er wolle versuchen, die schwierige und gefährliche Operation der Tracheotomie, welche eine Mortalität von 80—90 Proc. ergebe, zu ersetzen durch ein unblutiges, völlig gefahrloses und dabei leicht auszuführendes Verfahren.

Er hatte, anknüpfend an die Idee der Kehlkopfcatheterisation, wie sie von Chaussier, Depaul und Loiseau vorgeschlagen war, und an die Dauersonden (sondes à demeure) wie sie von Reybard bei chronischen Kehlkopfleiden bereits angewandt waren, cylindrische Metallröhrchen von 1½—3 cm Länge mittels eines catheterartigen Instrumentes in den Kehlkopf von Croupkindern eingeführt und liegen lassen. Die Röhrchen waren mit einem Seidenfaden nach Aussen befestigt und sollten 1—3 Tage im Kehlkopf liegen bleiben, bis die Erscheinungen der Asphyxie zurückgegangen seien.

Bouchut gab an, die Glottis gewöhne sich sehr bald an die Gegenwart der Tube; die Functionen der Epiglottis würden nicht alterirt, so dass Flüssigkeiten nicht in die Luftwege gelangen. Die Tube lasse die Luft leicht eindringen, indem sie den länglichen, engen und contractilen Glottisspalt rund und erweitert halte, so dass auch dicke diphtheritische Membranen, die sich aus der Trachea und den Bronchien loslösen, leicht ausgehustet werden.

Er fügt dann noch bei: Den Croup, der auf Sepsis beruhe oder mit Pneumonie complicirt sei, wolle er mit seinem Verfahren nicht heilen.

Seiner ersten Mittheilung waren nur 2 Krankengeschichten beigefügt, später kamen für das Referat Trousseau's noch 5 weitere dazu.

1. Ein kleines Mädchen von 5½ Jahren trug die Canüle 36 Stunden im Kehlkopf. Vor der Einführung derselben war es asphyktisch, zeigte Cyanose und complete Anästhesie. Es ging zwar durch septische Diphtherie und Pneumonie zu Grunde, »aber es war vom Croup geheilt und die Canüle hatte es vor der Asphyxie und Tracheotomie gerettet«.

2. Ein Knabe von 3½ Jahren hatte Croup und beginnende Asphyxie. Die in den Kehlkopf eingebrachte Canüle blieb 42 Stunden liegen, ohne die Functionen der Epiplottis zu behindern, oder einen Erstickungsanfall herbeizuführen. Allmählich aber trat wieder Athmungsbehinderung und drohende Suffocation ein, so dass die Tracheotomie, die durch die Intubation 2 Tage hinausgeschoben war, sich doch noch als nöthig erwies. In diesem Falle erfolgte Heilung.

Nach Bouchut sollten diese beiden Fälle Zweierlei beweisen:

1) dass man die Glottis intubiren kann, indem man eine Canüle dauernd darin lässt;

2) dass man durch dieses einfache Mittel, wie durch die Tracheotomie, Luft zuleiten kann und zwar bei jeder Art von Asphyxie, sei dieselbe hervorgerufen durch Croup oder durch andere Veränderungen des Kehlkopfes.

Es schien mir von Interesse, die Instrumente, welche Bouchut bei diesen ersten Intubationsversuchen anwandte und die erst in der letzten Zeit durch ungenügende Abbildungen bekannt wurden, aus eigener Anschauung beurtheilen zu können.

Ich schrieb an Herrn Bouchut, der ja noch lebt und in Paris als Redacteur eines ärztlichen Blattes thätig ist, und ersuchte ihn, mir von seinem Instrumentenmacher eine genaue Nachbildung seiner Originalinstrumente, wie er sie im Jahre 1858 angewandt hatte, herstellen zu lassen.

[1]) Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. 17. Congress, 1888. S. 53.

[2]) Ebenda. S. 62.

[3]) Diese Wochenschrift. 1888.

[4]) Traité pratique des maladies des Nouveaux Nés et des enfants a la Mammelle III. Edit. Paris 1855.

Ich habe nun die Ehre, Ihnen dieses erste Instrumentarium der Intubation hier vorzulegen. (Dasselbe wird herumgezeigt.)

Anstatt der Mundsperre benutzte Bouchut einen Fingerring mit Eisenschild zum Schutz für den Zeigefinger.

Die Instrumente sind gegenüber den nach allen Richtungen hin durchdachten und durchgeprüften amerikanischen Instrumenten Dr. O'Dwyer's allerdings als ein erster und unvollkommener Versuch anzusehen. Aber offenbar bargen sie in sich schon die Möglichkeit der Weiterentwicklung, die merkwürdiger Weise fast 30 Jahre hat auf sich warten lassen.

Der Gedanke, welcher den Bouchut'schen wie den O'Dwyer'schen Instrumenten zu Grunde liegt, ist der gleiche.

Die kaiserliche Academie der Medicin setzte auf die Mittheilung Bouchut's eine Commission nieder, bestehend aus den Herren Blache, Nelaton und Trousseau, welche über den Vorschlag referiren sollte.

Das Referat erstattete Trousseau am 2. November 1858.

Trousseau stand damals auf der Höhe seines Ruhmes. Die Tracheotomie bei Larynxdiphtherie war von ihm bereits in Hunderten von Fällen ausgeführt und die Technik der Operation und die Construction der Canülen war durch ihn schon auf einen solchen Grad von Vollkommenheit gebracht worden, dass die neuere Zeit kaum noch eine wesentliche Verbesserung daran anzubringen vermochte. Paris und damit Frankreich war bezüglich der lebensrettenden Tracheotomie-Operation allen anderen Ländern vorangegangen.

Trousseau konnte mit vollem Rechte auf diese Erfolge stolz sein und war offenbar durch das Auftauchen einer neuen rivalisirenden Operation unangenehm berührt; ja sein Zorn wurde sogar auf's Höchste gereizt durch eine Bemerkung Bouchut's, als ob die zunehmende Mortalität an Croup in Paris mit der häufiger gemachten Tracheotomie in Zusammenhang gebracht werden könne.

Trousseau gibt in seinem ausführlichen Referate eine Geschichte der Entwicklung und der Erfolge der Tracheotomie und geht dann auf das neue Verfahren über.

Bouchut hatte bei Mittheilung der Krankengeschichten der beiden intubirten Kinder überraschende Angaben über deren Stimme gemacht. Von der ersten kleinen $5\,^1/_2$jährigen Patientin hatte er gesagt, sie habe nach der Intubation mit leiser Stimme (»à voix basse«) sprechen können und gesagt »es ginge ihr jetzt viel besser«. Auch das zweite Kind, das vor der Intubation aphonisch gewesen sei, habe nach der Operation mit deutlicherer Stimme sprechen können als vorher. Die Stimme sei guttural gewesen, aber man habe den Patienten deutlich verstehen können, als er sagte: »Nehmt das weg«.

Trousseau sagt nun hierüber: »Angesichts dieser Thatsachen, beobachtet und berichtet von einem Manne von der Stellung Herrn Bouchut's, fragen wir uns, ob durch diese Beobachtungen nicht alle unsere Anschauungen über den Mechanismus der Stimme und des Hustens über den Haufen geworfen werden. Wir haben uns zu fragen wie eine klare und reine Stimme und wie ein eclatanter Husten zu Stande kommen könne, wenn die Bewegungen der Stimmbänder vollkommen aufgehoben sind, ja wenn letztere eigentlich gar nicht mehr existiren, weil die Kehlkopftube ihren Platz einnimmt. Wir überlassen unseren Collegen von der Section für Physik und Physiologie die Mühe diese Thatsache zu discutiren und sich mit ihr zurecht zu finden.«

Diese sarkastische Kritik hat offenbar das Bouchut'sche Verfahren, indem sie demselben den Stempel der Lächerlichkeit aufdrückte, sofort in ein höchst ungünstiges Licht gesetzt.

Und doch war Bouchut's Angabe, dass intubirte Kinder noch so sprechen können, dass man sie versteht, zweifellos richtig. Intubirte Kinder können in der That mit lauter Flüsterstimme sprechen. Zur Flüsterstimme hat man eben den Kehlkopf gar nicht nöthig, wie neuere Erfahrungen über Kehlkopfexstirpation erwiesen haben. Allen Beobachtern intubirter Fälle ist es schon aufgefallen, wie gut man solche Kinder noch verstehen kann. Unser Erlanger College Dr. Graser sagt z. B. von einem seiner Patienten, in seinem Artikel »Ueber Intubation« in der Münchener Medicinischen Wochenschrift: »Er (der Patient) war sogar im Stande ziemlich deutlich zu sprechen«.

Doch kehren wir zu Trousseau's Referate zurück.

Betreffs der angeblichen Unschädlichkeit der Intubation hebt er hervor, dass wenn die Tube bloss 2 oder 3 Tage im Kehlkopf liegen bleibe, wohl keine Schädigung zu erwarten sei; wenn es dagegen bei fortdauernder Diphtherie nöthig werde, die Tube 8, 10, 14 Tage zwischen den Stimmbändern zu lassen, so sei er überzeugt, dass nach Heilung des Croup schwere Veränderungen des Kehlkopfes sich zeigen würden. Dagegen fürchte er das nicht bei chronischen Larynxaffectionen. Insbesondere dürfte bei syphilitischen Kehlkopfleiden durch Einführung der Tube Zeit zur Anwendung heroischer Mittel gewonnen werden, worauf man dann die Tube ohne Gefahr werde entfernen können. (Ich füge bei, dass diese letztere Vermuthung Trousseau's sich durch die mit der O'Dwyer'schen Intubation neuerdings gewonnenen Erfahrungen vollkommen bestätigt hat.)

Aber nun kommt noch der Haupt-Keulenschlag, den Trousseau Bouchut versetzt. Er schreibt pathetisch: »Wenn in die Tracheotomie Bresche gelegt werden sollte, so hätte man annehmen sollen, dass dies wenigstens nicht von Paris aus hätte geschehen dürfen, wo man jedes Jahr so viele Erfolge aufzuweisen hat; wenn sie bekämpft werden sollte, so hätte man glauben sollen, dass das wenigstens nicht durch einen Hospitalarzt geschehen dürfe, und, wenn ich es beifügen darf, wenigstens nicht durch einen Arzt, den ich die Ehre hatte, zu meinen Schülern zu zählen. Herr Bouchut hat die traurige Aufgabe unternommen, einen ärztlichen Eingriff zu bekämpfen, der durch und durch französisch ist.«

Meine Herren, es ist sehr interessant, dass mit diesem Referate Trousseau's die Tubage des Kehlkopfes in Frankreich und, sagen wir, in der ganzen gebildeten Welt, einfach todtgeschlagen war. Eine weitere, objective ruhige Prüfung des Verfahrens war in Frankreich zur Unmöglichkeit geworden, selbst Bouchut wagte nicht, weitere Versuche anzustellen. Und es ist das um so merkwürdiger, weil die Schlusssätze des Trousseau'schen Referates nicht einmal so sehr ungünstig lauteten. Es hiess da:

1) Die Tubage des Kehlkopfes kann in gewissen Formen von acuter Laryngitis zu einem Heilmittel werden, indem sie die Asphyxie hintanhält.

2) Bei gewissen chronischen Krankheiten des Kehlkopfes kann sie es ermöglichen, die Tracheotomie hinauszuschieben, in einzelnen Fällen sogar das Leiden zu heilen.

3) In der Behandlung des Croup kann sie manchmal das Zustandekommen der Asphyxie verzögern und die leichtere Einführung gegen die diphtheritische Entzündung wirkender Medicamente in die Luftwege ermöglichen.

4) Nur sehr selten kann sie die Tracheotomie ersetzen, und letztere bleibt das Hauptmittel gegen den Croup, wenn die medicamentösen Mittel erschöpft sind.

Die Academie ging über dieses Referat weit hinaus und beschloss, wie man vermuthen muss, um sich Trousseau gefällig zu zeigen, einstimmig:

1) Die Tubage des Larynx, wie sie bis jetzt angewendet worden ist, scheint weder nützlich noch gefahrlos genug, um die Beistimmung der Academie zu verdienen.

2) Die Tracheotomie ist bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft das einzige Mittel gegen Croup, wenn Medicamente sich unwirksam erwiesen haben.

Wie gesagt, die Tubage war von da an todt. Sie feierte ihre Auferstehung erst wieder nach fast 30 Jahren in Amerika und der amerikanische Wiederentdecker derselben hatte keine Ahnung von den Vorarbeiten Bouchut's.

Dr. Joseph O'Dwyer, begann seine Versuche mit der Intubation des Kehlkopfes an croupkranken Kindern der New-Yorker Findelanstalt im Januar 1880. Anfangs wandte er wie Bouchut kurze, rundliche Röhren an, ging dann zu längeren über, und machte beständige Veränderungen an ihrer Form, besonders des Kopfstückes derselben, bis er endlich durch Nachdenken und Erfahrung zu der Form gelangte wie sie jetzt vor uns liegt. Er ist aber noch immer mit Verbesserung seines gesammten Instrumentariums beschäftigt.

Die Versuche O'Dwyer's in der Findelanstalt dauerten von Januar 1880 bis December 1885 und wurden während dieses Versuchsstadiums im Ganzen 65 Fälle von Croup intubirt, davon 60 in der Findelanstalt selbst. Diese 65 Fälle ergaben 9 Heilungen, oder nicht ganz 14 Proc.

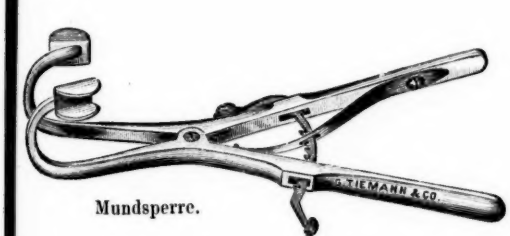
Das war allerdings kein glänzender Erfolg, doch liess sich O'Dwyer dadurch nicht zurückschrecken; er glaubte das geringe Resultat hauptsächlich dem Umstande zuschreiben zu müssen, dass es sich bei den Patienten der Findelanstalt fast ausnahmslos um schlecht genährte, scrophulöse oder anderweitig kranke Kinder handelte, die nur wenig Widerstandskraft besassen.

Bis 1885 war über O'Dwyer's Versuche kaum irgend etwas in die Oeffentlichkeit gedrungen; er arbeitete ruhig weiter an der Verbesserung seiner Instrumente.

Ein O'Dwyer'sches Intubationsbesteck neuester Art enthält 6 Tuben von verschiedener Grösse, passend für das Alter von unter 1 Jahr bis zum Alter von 11—13 Jahren, einem Introductor zum Einführen, 1 Extractor zur Herausnahme der Tube, einer Mundsperre und 1 Maassstab zur Auswahl der Tuben je nach dem Alter. Jede Tube hat ihren eigenen, in der Mitte gegliederten Stiftobturator, mittels dessen sie durch ein Schraubengewinde mit dem Introductor verbunden werden kann; auch hat jede Tube an ihrem Kopfstücke ein Loch, durch das ein Seidenfaden gezogen wird, um sie, wenn nöthig, sofort wieder herausziehen zu können.

Extractor.

Introductor mit Tube und Obturator.



Mundsperre.

Die Instrumente habe ich von der Firma George Tiemann & Co., New-York 107 Park Row und von der Firma Charles Truax & Co,, Chicago 75 Wabash Avenue, um je ungefähr 120 Mark mit Porto etc. bezogen.

Auch von Windler in Berlin habe ich ein O'Dwyer Besteck kommen lassen, das den amerikanischen Instrumenten ziemlich gut nachgebildet ist.

Was das Verfahren selbst anlangt, so wird die Intubation stets ohne Narkose ausgeführt.

Nach O'Dwyer's Vorschrift hält eine Wärterin das Kind in sitzender Stellung auf dem Schoose, den Kopf des Kindes gegen ihre linke Schulter angelehnt. Die Arme sind entweder durch ein Betttuch fixirt oder die Wärterin hält jeden Arm einzeln unter dem Ellbogen fest. Die Beine des Kindes werden zwischen die Kniee der Wärterin eingeklemmt.

Dann bringt ein Assistent die Mundsperre in den linken Mundwinkel, gut rückwärts zwischen die Backenzähne, so dass der Mund weit geöffnet wird. Der Assistent steht hinter dem Patienten und hält den Kopf so, dass das Kinn leicht emporgehoben wird.

Der Operateur steht oder sitzt dem Kinde gerade gegenüber, hält den Introductor mit der Tube in der rechten Hand, führt, während der Seidenfaden der Tube von dem kleinen Finger der linken Hand gehalten wird, den linken Zeigefinger in den Rachen bis zur Epiglottis, hebt diese empor, so dass er den Kehlkopfeingang deutlich fühlt. Das Ende der Tube muss nun genau unter der Fingerspitze bis zur Epiglottis vorgeschoben werden. Bei Beginn der Manipulation hält man den Griff des Introductors parallel der Brust des Patienten und hebt ihn erst etwa bis zu einem rechten Winkel in die Höhe, wenn die Spitze der Tube sich dem Kehlkopfeingang nähert.

Es darf durchaus keine Gewalt angewandt werden, um die Tube in den Kehlkopf zu schieben, sondern dieselbe soll ziemlich leicht hineingleiten. Sollte die Einführung auf Widerstand stossen, so ist es besser, die Tube noch einmal zurückzuziehen und den Versuch nach einigen Minuten zu wiederholen.

Wenn man glaubt, die Tube im Kehlkopfe zu haben, so entferut man den Obturator, indem man den Knopf am oberen Ende des Introductors mit dem Daumen vorschiebt.

Während man diess thut, muss man die Spitze des Zeigefingers mit dem Kopf der Tube in Fühlung lassen, damit nicht die Tube auch mit herausgezogen wird. Die Tube muss, ehe man den Obturator herausnimmt, vollkommen in den Kehlkopf eingeführt sein. Würde man sie erst nach Entfernung des Obturators tiefer in den Kehlkopf einschieben, so bestände die Gefahr, dass durch ihr unteres Ende Membranen abgelöst würden.

Dass die Tube wirklich im Kehlkopf sitzt, fühlt der betastende Finger sofort aus ihrem Verhalten zur Epiglottis.

Wenn man nun sieht, dass die Dyspnoe nachgelassen hat und die Athmung leicht vor sich geht, so kann man sofort den Faden durchschneiden und unter den eben erwähnten Kautelen herausziehen. Man entfernt die Mundsperre und die Intubation ist vollendet. Gewöhnlich folgt auf die Einführung ziemlich starker Husten, der manchmal längere Zeit anhält, aber in der Regel dauert der Reiz nicht lange und die Kinder athmen gewöhnlich auffallend erleichtert.

Collegen, die diesen Effect der Intubation mitansahen, waren stets durch die günstige Wirkung überrascht.

Die Dyspnoe ist manchmal wie mit einem Zauberschlag gehoben, in den meisten Fällen jedoch weicht sie mehr allmählich.

Momentane Apnoe als Zeichen vollkommener Beruhigung des Athmungscentrums nach wiederhergestellter Sauerstoffzufuhr, wie man sie so häufig nach der Tracheotomie sieht, unmittelbar nachdem man die Canüle eingeführt hat, habe ich nach der Intubation nie beobachtet. Die Sauerstoffzufuhr ist eben bei der Intubation doch wohl eine mehr allmähliche.

Zur Entfernung der Tube aus dem Kehlkopf wird das Kind wieder ganz in die gleiche Lage gebracht wie bei der Einführung. Nach Oeffnung des Mundes mit der Mundsperre wird der linke Zeigefinger zugleich mit dem Extractor einge-

führt und berührt den Kopf der Tube. Die Spitze des Instrumentes muss möglichst genau unter der Mittellinie der Zeigefingerspitze sich befinden, damit sie leicht in die Tubenöffnung eindringt.

Man drückt dann die Spitze des Instrumentes möglichst tief in die Tube ein und zieht das Instrument, indem man mit dem Daumen fest auf den Hebel über der Handhabe des Extractors drückt, heraus. Die Kleinheit der Tubenöffnung macht diesen Theil der Manipulation etwas schwierig. Man muss sich stets bewusst sein, dass zum Herausziehen keine Kraftanwendung nöthig ist. Wenn es nicht leicht geht, so ist das ein Zeichen, dass man mit dem Instrument nicht in der Tube ist. Würde man Kraft anwenden, so würde der Kehlkopf verletzt werden. Um dies übrigens möglichst zu verhindern, dient die Regulirschraube am Hebel des Extractors, die, entsprechend der betreffenden Tubenweite, eingestellt wird, so dass die Branchen der Zange sich nicht weiter öffnen können, als zur Herausnahme der Tube nöthig ist.

In günstig verlaufenden Fällen sollte nach O'Dwyer die Tube um den 5. Tag herum entfernt werden. In O'Dwyer's ersten 12 Heilungsfällen, unter 50 Fällen aus der Privatpraxis, lag die Tube durchschnittlich 5 Tage und 7 Stunden.

M. H.! Dieses O'Dwyer'sche Intubationsverfahren hat in wenigen Jahren sich in Amerika ausserordentlich rasch eingebürgert, so dass ein New-Yorker Arzt, Dillon Brown, in einer neuerlichen Publication schon eine summarische Uebersicht über 2368 Fälle mit 647 oder 27,3 Proc. Heilungen geben konnte.

Die amerikanische Literatur über den Gegenstand ist bereits eine ganz bedeutende.[5]) Das Hauptverdienst auch in der literarischen Verwerthung der Methode gehört unstreitig O'Dwyer selbst. Seine Schriften, es sind 5 kurze Abhandlungen, die in verschiedenen amerikanischen ärztlichen Journalen erschienen sind, machen einen vortrefflichen Eindruck; rein sachlich, klar, ohne Uebertreibung und frei von jeder Reclame, geben sie uns die Ueberzeugung, dass es dem bescheidenen, unermüdlich thätigen Verfasser nur um die Wahrheit zu thun ist.

Dr. Jacobi, unser geehrter Landsmann, unter dessen Präsidium im Juni und Juli 1887 die New-Yorker Akademie der Medicin über Intubation verhandelte, nannte O'Dwyer »den verdienstvollsten und zugleich bescheidensten Mann.«

Von anderen namhaften amerikanischen Autoren über Intubation nenne ich Francis Huber, Vorstand der Klinik der Kinderkrankheiten am Collegium der Aerzte nnd Chirnrgen in New-York, Dillon Brown, Arzt in New-York, P. Northrup, pathologischer Anatom am New-Yorker Findelhaus, Waxham, Professor für Ohren-, Nasen- und Kehlkopf-Krankheiten am Collegium der Aerzte und Chirurgen in Chicago, und Dr. Gay, Chirurg am städtischen Hospital in Boston.

Auch die Schriften dieser Autoren machen einen rein sachlichen Eindruck. Die statistischen Zusammenstellungen lassen allerdings vielfach die Schwere der Fälle nicht beurtheilen.

[5]) O'Dwyer, 50 cases of Croup in Private Practise treated by Intubation etc. The Medical Record. Oct. 1887. — Intubation of Larynx. Papers read before the New York Academy of Medicine, by A. Jacobi, Joseph O'Dwyer, Francis Huber, Dillon Brown, W. P. Northrup, J. H. Hance and A. Caillé. New York 1887. — O'Dwyer, Analysis of 50 cases of Croup treated by Intubation. The New York Medical Journal Jan. 1888. — O'Dwyer, Intubation in Chronic Stenosis of the Larynx. The New York Medical Journal. March 1888. — O'Dwyer, Intubation Tubes. Transact. of the Philadelphia County Medical Society. — Waxham, Remarks on Intubation. The British Medical Journal. Sept. 1888. — Waxham, Intubation of the Larynx, Chicago, 1888. — Waxham, Clinical Lecture on Intubation. North American Practitioner. March 1889. — Francis Huber, Recent Observations relating to Intubation. Archives of Pediatrics. Jan. 1889. — Intubation of the Larynx by Dillon Brown. New York Medical Journal. March 1889. — The comparative Merits of Tracheotomy and Intubation etc. by George W. Gay. Transact. of the American Sargical Association. Sept. 1888.

Es würde die mir zu Gebote stehende Zeit weit überschreiten, wollte ich Ihnen ein auch noch so kurzes Referat über diese Arbeiten geben.

Möge es genügen, wenn ich sage, dass man durch dieselben den Eindruck gewinnt, dass das O'Dwyer'sche Verfahren zwar noch in der Entwickelung begriffen und keineswegs abgeschlossen ist, dass es aber entschieden eine Zukunft hat.

Ich selbst trat an die Prüfung sehr skeptisch heran. Die Resultate, welche ich früher in der Croupstation und jetzt in der k. Kinderklinik mit der Tracheotomie bei diphtheritischer Larynxstenose erreicht habe, waren so gute, dass mir das neue Verfahren nicht als ein Bedürfniss entgegentrat.

Im Jahre 1887 hatten wir in der Kinderklinik von 55 Tracheotomirten 19 gerettet = 35 Proc., im Jahre 1888 von 73 Tracheotomirten 29 = 40 Proc., in beiden Jahren zusammen genommen von 128 Tracheotomirten 48 = 37,5 Proc. Hauptsächlich wurde ich zu eigener Prüfung veranlasst durch einen Vortrag Waxham's, den ich im August 1888 auf der letzten Jahresversammlung der British Medical Association in Glasgow mit anhörte, in welchem Waxham die Angabe machte, dass die Intubation bei Kindern unter 2 Jahren Erfolge aufzuweisen habe, welche die der Tracheotomie weit übertreffen.

Ich beschloss also, zunächst alle Kinder unter 2 Jahren, mit diphtheritischer Larynxstenose, zu intubiren, während ich ältere nach wie vor tracheotomiren wollte, ein Plan, der übrigens im Verlauf der Versuche nicht eingehalten worden ist.

Ich gebe nun in aller Kürze die Resultate, welche ich erhielt.

Die Intubation wurde bisher in 44 Fällen ausgeführt.

I. Bei secundärer Diphtherie.

Von 15 Fällen secundärer Diphtherie, d. h. bei diphtheritischer Larynxstenose, welche im Gefolge von Masern und Scharlach auftrat, starben 14 und wurde nur 1 gerettet.

Es handelte sich fast ausnahmslos um sehr junge, elende, bereits durch vorausgegangene Krankheiten erschöpfte Kinder, bei denen die genannten acuten Exantheme meist erst im Hospitale (Hausinfection) ausbrachen.

Nach meiner Meinung wäre es unbillig, die Intubation mit diesen Fällen zu belasten, dieselben würden auch mit Tracheotomie das gleichschlechte Resultat ergeben haben.

Ich trenne also diese secundären Fälle von den übrigen.

II. Bei primärer Diphtherie.

Von 29 Fällen primärer diphtheritischer Larynxstenose wurden 9 geheilt = 31 Proc.

Dieses Resultat fällt jedoch nicht rein der Intubation zu, denn in 2 Fällen wurde, nachdem die Tube ca. 10 Tage gelegen war, ohne dauernd entfernt werden zu können, noch nachträglich die Tracheotomie ausgeführt, weil ich Druckdecubitus fürchtete. In beiden Fällen wurden nach der Tracheotomie noch ramificirte Membranen ausgeführt. Die Intubation hatte aber doch über die grössten Gefahren der Kehlkopfdiphtherie bereits hinweg geholfen.

Zwei weitere Fälle waren durch Intubation von der Diphtherie geheilt, starben aber auf der internen Abtheilung 4 resp. 5 Wochen später an Pneumonie. Der eine dieser Fälle ergab bei der Section lobuläre Pneumonie beider Unterlappen mit Uebergang in Schrumpfung, der andere käsige Pneumonie des rechten Unterlappens. In beiden Fällen wurde ausdrücklich constatirt, dass es sich nicht etwa um Schluckpneumonie, die mit der Intubation in Zusammenhang hätte gebracht werden können, gehandelt hat.

Unter den Geheilten finden sich 2 Kinder mit $1^1/_2$ und $1^3/_4$ Jahren und unter den Gestorbenen 8 Kinder unter 3 Jahren.

Neben diesen Fällen von Intubation wegen acuter Kehlkopfstenose bei Diphtherie, welche sich am Schlusse dieser Mittheilung tabellarisch zusammengestellt finden, habe ich noch über 2 Fälle

von chronischer Larynxstenose, die mittels Intubation behandelt wurden, zu berichten.

Eine der O'Dwyer'schen Brochüren ist betitelt: »Intubation bei chronischer Stenose des Kehlkopfes, mit 5 Krankengeschichten«.

O'Dwyer sagt da: »Selbst wenn die Intubation in der Behandlung des Croup einen vollkommenen Misserfolg ergeben hätte, so würde er doch die Mühen und Ausgaben, die er auf Ausarbeitung des Verfahrens verwendet habe, als reichlich belohnt erachten durch die Erfolge, die man mit der Intubation bei chronischer Kehlkopfstenose erreiche«.

Dann theilt er 5 Fälle von Erwachsenen mit luetischen Narben des Kehlkopfes mit, bei denen durch Intubation Heilung oder doch ausserordentliche Besserung erzielt wurde.

Als auffallend sei erwähnt, dass in einem Falle die Tube 10 Monate lang getragen wurde, ohne entfernt zu werden.

Meine eigenen beiden Fälle betrafen Kinder; auch handelte es sich nicht um Syphilis, sondern in dem ersten Falle waren es Granulationswucherungen des Ringknorpels nach Cricotracheotomie, in dem anderen primäre diffuse Papillombildung des ganzen Kehlkopf-Inneren.

Beide Kinder schienen verurtheilt, die Trachealcanüle ihr Leben lang tragen zu müssen.

In dem ersten Falle wurde durch die Intubation eine vollkommeue Heilung erzielt, in dem zweiten wenigstens einige Besserung erreicht, wenn auch der schliessliche Ausgang noch zweifelhaft bleibt.

Ich theile in Kürze die beiden Krankengeschichten mit.

1) Rudolph Hartwig, geboren 1882, kam am 6. December 1887 mit Rachen- und Kehlkopfdiphtherie und hochgradiger Dyspnoe zur Aufnahme.

Cricotracheotomie, darauf Aushusten von Membranen.

16. XII. Erscheinungen von Posticuslähmung. Bei jedem Versuch die Canüle zu entfernen, inspiratorische Dyspnoe.

11. II. 1888. Im Fenster der Canüle eine Granulation entfernt.

Am 18. II. consultirte ich Herrn Collegen Dr. Schech. Derselbe fand, dass Patient bei forcirten Respirationen im Stande ist, die Glottis völlig zu erweitern, während gewöhnlich inspiratorisch nur ein schmaler Spalt zwischen den Stimmbändern offen ist. Jede Entfernung der Canüle führt zu bedrohlicher Asphyxie.

25. III. Es wird constatirt, dass der Ringknorpel verengert und mit Granulationen ausgefüllt ist.

Einführung einer Schrötter'schen Dilatationscanüle.

Bei jeder Herausnahme der Schrötter'schen Canüle werden eingeklemmte Granulationen entfernt. Jeder Versuch die Trachealcanüle wegzulassen, führt zu hochgradiger Dyspnoe.

Dieser Zustand dauert fort bis zum 25. VI., an welchem Tage Herr Dr. Schech den Ringknorpel von der Wunde aus auskratzt und mit Lapis touchirt.

Am 4. VII. wird dieselbe Procedur noch einmal vorgenommen. Da sich der Ringknorpel als stark verengert zeigt, räth Dr. Schech mit der Anwendung des Schrötter'schen Dilatators fortzufahren, wobei wie früher täglich Granulationen entfernt werden.

Am 21. VII. ersuchte ich Herrn Prof. Dr. Angerer den Ringknorpel zu spalten und auszukratzen. Hiebei wurde constatirt, dass die beiden Hälften des Ringknorpels sich etwas nach innen umgebogen hatten und dadurch das Lumen verkleinerten.

Es wurden erbsengrosse Granulationen mit dem scharfen Löffel entfernt.

22. VIII. Entlassung des Patienten mit der Canüle.

10. X. 1888. Wiederaufnahme behufs Intubation.

12. X. Erste Intubation. Vier Stunden später Tube ausgehustet.

Von nun an Intubation einen Tag um den anderen, stets für 24 Stunden, insofern die Tube nicht früher ausgehustet wird.

10. XI. Tube verschluckt;

13. XI. erscheint dieselbe wieder im Stuhl.

21. XI. wird die Trachealcanüle, die bis dahin stets noch beibehalten war, entfernt und, um das häufige Aushusten der Tube zu vermeiden, eine solche für 8—12 jährige Kinder eingelegt.

Am 25. XI. konnte Patient nach Entfernung der Tube $^1/_2$ Stunde, am 28. XI. $1^1/_2$ Stunden und am 1. XII. 3 Stunden lang frei athmen, ohne Dyspnoe zu bekommen.

5. XII. Tube endgültig entfernt.

Am 8. XII. hatte Patient eine laute Stimme und athmete andanernd ohne Beschwerde.

30. XII. Geheilt entlassen.

Der Knabe blieb bis heute (5. VI. 1889) vollkommen gesund und hat keinerlei Beschwerden.

Der glückliche Ausgang dieses Falles veranlasste mich, ein anderes Kind, das gleichfalls verurtheilt schien, sein Leben lang eine Trachealcanüle zu tragen, wieder zur Aufnahme in die Klinik kommen zu lassen, um mit Intubatiou einen Versuch zu machen.

2) Therese Blainer, geb. 20. X. 1880, war am 22. V. 1887 zum ersten Mal aufgenommen worden.

Der ganze Kehlkopf mit papillomatösen Wucherungen ausgefüllt, zwischen denen nur ein kleiner Spalt zur Athmung frei bleibt.

24. u. 25. V. Entfernung einiger Papillome mit der Drahtschlinge durch Herrn Dr. Schech; darauf am 25. V. Abends so hochgradige Athemnoth, dass sofort die Tracheotomie ausgeführt werden musste.

29. V. Scarlatina.

Am 10. u. 11. VI. erneute Versuche Dr. Schech's, die Papillome endolaryngeal zu entfernen, starke Würgebewegungen machen diese Versuche nahezu erfolglos, doch werden darauf einige dicke Bröckel ausgehustet, worauf Athmung etwas leichter.

27. VI. Dr. Schech entfernt mehrere Geschwulststücke, darunter eines von Bohnengrösse.

3. VII. Mit der Canüle in die Heimath entlassen.

Zweite Aufnahme 1. VII. 1888.

Herr Dr. Schech macht wiederholte Versuche, die Geschwulst endolaryngeal zu entfernen, doch ohne wesentlichen Erfolg.

Nachdem es sich herausgestellt, dass auf endolaryngealem Wege nichts zu erreichen war, consultirte ich Herrn Professor Angerer und wurde beschlossen, die Laryngofissur auszuführen.

14. VII. Prof. Angerer spaltet den ganzen Kehlkopf; derselbe zeigt sich mit Papillomen ganz ausgefüllt. Auskratzen der Papillome mit dem scharfen Löffel, dann Verschorfung der blutenden Fläche mit dem Thermocauter.

Bereits Ende Juli Recidive der Papillome deutlich erkennbar.

Patientin mit der Trachealcanüle entlassen.

Dritte Aufnahme behufs Intubation 17. III. 1889.

Am 18. III. zeigt sich der Kehlkopf wie früher ganz mit Papillomen ausgefüllt.

In Gegenwart des Herrn Dr. Grünwald wird Patientin intubirt und die Trachealcanule entfernt. Der Faden der Tube schneidet ein am Kehlkopfeingang sitzendes Geschwulststück ab.

3. IV. Tube zum ersten Mal entfernt, Athmung noch etwas stenotisch.

4. — 8. IV. Wieder intubirt.

9. IV. Stickanfall nach Herausnahme der Tube, darauf wieder Intubation.

10. IV. Ebenso.

12. IV. Tube entfernt und weggelassen bis zum 20. V. (fast 6 Wochen).

Am 1. V. konnte Patientin ohne Beschwerden Trepp-auf und Trepp-ab laufen.

Laryngoskopisch liess sich jedoch deutlich erkennen, dass die Geschwulst wieder an Grösse zugenommen hatte.

Darum auf's Neue Intubation am 20. V. Patientin trägt seitdem wieder die Tube (5. VI.).

Meine Herren! Diese Resultate sind doch schon so ermuthigend, dass sie mich veranlassen, mit der Prüfung des Verfahrens fortzufahren. Die Fälle von chronischer Kehlkopfstenose sprechen für sich selbst und bedürfen keines weiteren Commentar's. Und was die diphtheritische Kehlkopfstenose anlangt so sind die Vortheile einer unblutigen Operation, die ohne Narkose, mit geringer Assistenz ausgeführt werden kann, für welche die Zustimmung der Eltern leicht zu erreichen ist, und die im schlimmsten Falle, wenn sie auch das Leben nicht retten kann, dieselbe Euthanasie bedingt, wie die Tracheotomie, das heisst das Ersticken der Kinder verhindert, keinesfalls gering zu achten, auch wenn wir damit Anfangs nicht ganz dieselben günstigen Resultate erzielen können wie mit der Tracheotomie. (Fortsetzung folgt.)

Ueber Hängebauch.

Von Dr. *Wilhelm Merkel* in Nürnberg.

(Nach einem Vortrag, gehalten im ärztl. Localverein am 18. April 1889.)

Die oft recht beträchtlichen Uebelstände der dauernden Relaxation der Bauchdecken, welche besonders nach Entbindungen zu beobachten sind, bilden die Veranlassung zum Studium der Aetiologie derselben, sowie deren Behandlung. Anatomisch ist zu beachten, dass die geraden Bauchmuskeln schon im physiologischen Zustand eine Diastase zeigen; dieselbe ist leicht zu constatiren, wenn man die zu untersuchende Person auf eine feste Unterlage lagert und ohne Unterstützung durch die Hände den Oberkörper beugen lässt; man fühlt dann die mehr oder weniger breite Spalte zwischen den straffen Rectis verschieden lang über- und unterhalb des Nabels. Diese normale Verbreiterung der Linea alba, die damit verbundene Schwächung und Verdünnung der sich daselbst begegnenden und sich kreuzenden Aponeurosen erleichtert ein weiteres Auseinanderzerren der Sehnenfasern neben dem Auseinanderweichen der Recti bei jeder Ausdehnung des Unterleibes. Soll aber eine dauernde Diastase der Recti Platz greifen, so gehören noch andere Momente dazu als einfache Dehnung von ihnen allein; es muss auch die übrige Bauchmusculatur in dauernde Mitleidenschaft gezogen werden durch Störung ihrer Function und Ernährung in Folge längerer starker Dehnung und Spannung, raschem Wechsel zwischen Druck und Entlastung, sowie durch ungenügende Reparation nach einmal erlittener Einbusse von Elasticität und Contractilität. Ueber das Verhalten der Bauchmuskeln nach beträchtlichen Ausdehnungen des Unterleibs geben am besten die Laparotomien Aufschluss. Während in einem Falle nach Entfernung grosser Tumoren die Bauchdecken schlaff, gerunzelt zusammensinken, bieten sie in einem anderen Fall durch ihre stramme Zusammenziehung ein Hinderniss für die Exstirpation und jegliche Manipulation in der Tiefe des Beckens; hier finden wir nach Heilung der Wunde ein straffes Abdomen, dort bleibt die Bauchmusculatur schlaff, eine Restitution ist unmöglich in Folge bereits eingetretenen Schwundes der Musculatur. Nach den Entbindungen sind die Verhältnisse ganz ähnliche; doch trägt die Mehrzahl der Frauen sichtbare Spuren der Ausdehnung ihres Unterleibs, zumal der wiederholten fast stets an sich. Zu unterscheiden sind hier die Diastase der Recti mit intacter Musculatur, sowie Weiterung der Linea alba und Erschlaffung der Bauchmusculatur in toto. Bei jener Form fand Prochownik einige Male nach Geburten Einklemmungen des Darms zwischen den vorher geweiteten, dann straff contrahirten Rectis; bei letzterer Form sind die Erscheinungen entsprechend der Schwere der pathologischen Veränderungen, sowie dem jeweiligen nervösen Reizzustand der betreffenden Kranken. Ungezwungen schliessen sich hier an die Fälle von Erschlaffung und Ausdehnung der Bauchwandungen in Folge von fettiger Durchwachsung und schliesslich fettiger Entartung der Musculatur.

Die Symptome bei einfacher Diastase der Recti sind Vorwölbungen und Hervorstülpungen der entsprechenden Bauchpartieen; nicht selten sieht man in solchen tabaksbeutelartigen Bauchhernien durch die verdünnte Haut die Gedärme mit ihren peristaltischen Bewegungen. Beim Aufstehen aus dem Bette klagen solche Patienten, meist Wöchnerinnen, über Schwächezustände, Ueblichkeiten, cardialgische Beschwerden; nur allmählich gewöhnen sie sich an Aufsein, Gehen, körperliche Bewegung und Arbeit, sind lange nach der Entbindung nicht arbeits- und functionsfähig und beschweren sich immer über einen mangelnden Halt im Unterleib, über Druck und Drängen nach Unten.

Ist nun aber neben der Diastase der Recti noch eine Erschlaffung der Bauchwandungen durch irgend eine Ursache eingetreten, so sind die Klagen noch weit erheblicher; freilich sind dieselben nie conform der Ausdehnung; eine Patientin ist empfindlicher gegen Schmerz und Zerrung als die andere; die Anforderungen an die Arbeitsfähigkeit der Einzelnen sind verschiedene; allein im Grossen und Ganzen kann man wohl sagen, dass mit Zunahme der Dehnung und Senkung des Leibes und der damit verbundenen Zerrung der Baucheingeweide die Klagen der Kranken zunehmen, wenn auch Beides aus bestimmten Gründen nie in einem gewissen Verhältniss zu einander stehen wird. Schon sofort nach der Entbindung treten Erscheinungen mangelhafter Contraction der Bauchmuskeln auf, in Form von Erschwerung oder Unmöglichkeit der Urinentleerung, der spontanen Defäcation; Kreuzschmerzen, Schwächeempfindungen im Leibe, Druck, Zerrungsgefühle, Drang nach Unten folgen, ebenso wie die Reihe von Symptomen, die Hegar vom Lendenmark ausgehend schilderte.

Mit der Zeit wird der Körper gegen diesen steten Ansturm schmerzhafter Empfindungen widerstandsunfähig; es kommen Erscheinungen hysterischer und neurasthenischer Art. Glenard in Lyon hat auf Symptome gestörter Statik der Gedärme aufmerksam gemacht, deren Ursachen und Folgezustände im Hängebauch begründet sind; er beschreibt als Folgen der Enteroptose Störungen der Digestion von Seite des Magens wie des Darms, Gefühle von Schwäche und Hinfälligkeit, Schwindelanfälle, besonders wenn die Kranken längere Zeit stehen oder Arbeiten verrichten, die mit Druck nach Unten verknüpft sind, sowie nervöse Kopfschmerzen und Reflexneurosen jeglicher Art. Zur Erklärung der Symptome der Enteroptose empfiehlt Glenard das Blatt des Peritoneum, das von der grossen Curvatur des Magens zum Colon transversum geht, sachte nach unten zu ziehen; man muss hiezu den Punkt in der Nähe des Colon transversum wählen, wo das rechte Drittel aufhört und das erste linke Drittel beginnt, dann sieht man, dass da der Magen ganz leicht dem Zuge folgt, dem herabgezogenen Colon transversum nachsinkt und dabei förmlich der Länge nach sich entwickelt. Ein Zug etwas mehr rechts oder links von dem angegebenen Punkt ist ohne Wirkung auf die Lagerung des Magens.

Als einen zweiten nicht minder interessanten Punkt zur Erklärung der Symptome der Enteroptose bezeichnet Glenard das Verhältniss der Arteria mesaraica zum Duodenum. Zieht man nemlich an dem zusammengefassten Paket der dünnen Gedärme nach Unten oder liegen dieselben herabgesunken in der Bauchhöhle, so erfährt die Partie, woselbst die Arter. mesar. über das Duodenum herabgeht, die stärkste Zerrung; nicht bloss dass die Arterie daselbst nebst den sie begleitenden Nervengeflechten in die Länge gezogen wird, es wird das Duodenum durch den Peritonealstrang, der die Arterie einschliesst, geradezu gedrückt, comprimirt, abgeplattet. Davon leitet Glenard die Verdauungsstörungen und Erweiterungen des Magens, die Dyspepsieen ab, ebenso wie die reflectorischen und infectiösen Erscheinungen von Seite des Gehirns, des Herzens, der allgemeinen Ernährung.

Der Grad der Enteroptose sowie die Schwere des Hängebauches lässt sich leicht nachweisen, wenn man die Kranke vor sich stellt, ihren bloss mit dem Hemde bekleideten Körper von hinten umgreift und nun den Leib von der Symphyse an aufwärts und von den Seitenbauchgegenden gegen die Linea alba zu drängt und hebt. Mit dem Heben und Senken der Hände lässt sich der Zug und Druck des Leibes nach Unten wohl ermessen. Es ist ausserordentlich auffallend, wie ungemein erleichtert sich die Patienten mit diesem einfachen Heraufheben und leichtem Zusammenpressen des Leibes fühlen und wie sofort alle Beschwerden mit dem Sinkenlassen wieder eintreten.

Es zeigt uns dieser Handgriff auch den Weg zur richtigen Behandlung des Uebels, wenn gleich das Hauptgewicht weniger darauf, als auf die Prophylaxe zu legen ist. Diese gipfelt in dem Bestreben, nach physiologischen oder künstlichen operativen Verkleinerungen des Bauchraumes die besten Bedingungen zur kräftigen Zusammenziehung der Unterleibsmusculatur herbeizuführen. Die Nachbehandlung der Laparotomirten gibt uns über die sicherste Methode Aufschluss, wie am ehesten die normale Contraction und Retractionskraft der gedehnten Theile, insbesondere der Muskeln, wiederkehrt. Es ist gewiss, dass hier eine entsprechende Nachhilfe durch die Kunst, durch sorgfältig angelegten Wattedruckverband nur von günstigem Erfolg begleitet ist; wird aber diese Behandlung 2—3 Wochen fortgesetzt, die Kranke mit dem Verband so lange im Bett gelassen und sobald sie aufsteht, mit einer elastischen oder mit einer Bauchbinde nach Teufel in Stuttgart versehen, so ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Leib bald zur Norm zurückgekehrt. Wie ganz anders ist aber die Behandlung unserer Entbundenen gegen die der Laparotomirten! Wenige Tage nach der Entlastung des Leibes stehen sie auf ohne weitere Fürsorge für denselben; am 10. Tage werden sie aus den Entbindungshäusern entlassen; ein schweres Tuch auf den Leib gelegt, ist die einzige Behandlung, die die Hebamme und die Wöchnerin zur Verhütung des hohen Leibes kennt, vielleicht, dass eine Wohlhabende ein paar Tage länger im Bett bleiben muss. Wenn nur ein Theil der Vorsichtsmaassregeln, die wir unseren Laparotomirten zuwenden, den Entbundenen zu gute käme, würden uns Viele dankbar sein; willig würden die Frauen einige Tage nach der Entbindung Unannehmlichkeiten erdulden, wenn sie dadurch einen späteren Hängebauch vermeiden können. Wohl gibt es eine Menge Wöchnerinnen mit so kräftiger Musculatur, dass die gedehnten Bauchmuskeln nach der Entbindung rasch zur Norm wieder gelangen; allein in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle haben wir es mit Frauen zu thun, die nicht besonders muskelkräftig sind, eine schlaffe Faser haben, deren Leib schon wiederholte Ausdehnungen erlitten hat, bei denen die Bauchmusculatur fettdurchwachsen ist oder Störungen der Ernährung mit mehr weniger weit gediehenem Schwund zeigt. Bei diesen allen müssen wir erhalten an Muskelkraft, was möglich ist, vorbeugen der Reihe der eben erwähnten Krankheitserscheinungen. Die alleinige Diastase der Recti genügt zur Einleitung der Behandlung, denn die seitliche Musculatur gibt uns keinen hinlänglichen Anhaltspunkt zur Erkennung ihrer Dehnung, Ueberdehnung und Schwundes.

Neben Ruhe und Regulirung des Stuhlgangs ist und bleibt das Hauptmittel zur Minderung der Diastase und Reparation der Muskelkraft der Bauchmuskeln das künstliche Zusammenpressen des Leibes mittelst Tüchern oder Binden, sofort nach der Entbindung zu beginnen und fortzusetzen, so lange die Wöchnerin im Bette zu liegen hat. Der Effect wird wohl derselbe sein, ob wir den Leib nach englischer Methode mit einem doppelt genommenen Tuche von circa 40 cm Breite zu 125 cm Länge in schräger Richtung angelegt, fest umgeben und mit Sicherheitsnadeln stecken, oder den Leib mittelst einer breiten Tricotbinde, je nachdem mit oder ohne Watteunterlage und ein- oder zweiseitigen Schenkeltouren, umwickeln. Beide Arten der Einwicklung des Leibes werden leicht von der Hebamme oder den Angehörigen gelernt und sind täglich zu erneuern, sobald die Binde nach Oben rutscht oder die Schenkeltouren spannen. Ob Elischer's Vorschlag, einen grossen Priessnitz'schen Umschlag auf dem Leibe der Neuentbundenen mittelst Binden zu fixiren, mehr Aussicht auf Erfolg hat, als die einfache Schnürung des Leibes mittelst Binden, ist wohl zu bezweifeln. Bei unruhigen Wöchnerinnen, Erkrankungen, welche mit Auftreibung des Leibes einhergehen, früheren Retroflexionen des Uterus sind Binden- und Tüchereinwicklungen nicht anzuwenden; in einigen Fällen können letztere ersetzt werden durch Zusammenziehung des Leibes mittelst Heftpflasterstreifen.

Wird diese geringe Mühe der Bindeneinwicklung des Leibes den Wöchnerinnen zugewandt, so wird gewiss denselben der Nutzen entgegengebracht, welchen sie von der ärztlichen Behandlung für ihre Zukunft zu erwarten haben. Gelingt es nicht, sofort im Wochenbett die erschlafften Bauchmuskeln zur Norm zurückzuführen, so sind die Aussichten auf Heilung, ja nur auf geringe Besserung schlecht; denn die palliative Hilfe ist derart, dass die Frauen oft darauf verzichten. Es liegt darin begründet, dass die Hebung des Leibes durch eine der gewöhnlichen Bauchbinden nur erfolgt auf Kosten des Kreuzes, des Rückens der Patientin. Wohl findet man Viele, die mit ihren gut angepassten Binden ausserordentlich zufrieden sind, deren Verdauungsbeschwerden, Zerrungsgefühle und nervösen Verstimmungen darauf vollständig schwinden, die ihre volle Arbeitskraft wieder erlangen; allein bei einer grossen Reihe Anderer, deren Leib hochgradiger geweitet ist, deren Muskelschlaffheit beträchtlicher ist, sind die Bauchbinden nur ein schlechter Behelf, ein nicht zufriedenstellendes Hilfsmittel.

Aus der medicinischen Klinik in Tübingen.

Zwei Fälle von schweren symmetrischen Panaritien auf trophoneurotischer Grundlage.

Von Docent Dr. *Armand Hückel*, Assistenzarzt an der medic. Klinik in Tübingen.

(Schluss.)

Es handelt sich in beiden Fällen um ein chronisches Leiden mit symmetrisch auftretenden, sich oft wiederholenden Geschwürsbildungen an den Fingern beider Hände, welche schliesslich zu Nekrose der Fingerknochen und Verlust ganzer Fingerglieder führen. Daneben geht einher Analgesie und Anästhesie der Hände, beziehungsweise auch der Vorderarme und Oberarme. Weniger ausgesprochen sind Atrophien einzelner Muskeln und paretische Erscheinungen. Bei Frau G. waren neuralgische Schmerzen von Anfang an vorhanden und sind es noch. Auch bestanden zeitweise Schmerzen im Nacken. Flecken und Knoten auf der Haut fehlen in beiden Fällen.

Auf den ersten Anblick muss die Aehnlichkeit mit gewissen Formen der Lepra auffallen und analoge Fälle, wie die eben beschriebenen, sind in der That früher auch zuweilen als sporadisch auftretende Lepra anästhetica mutilans beschrieben worden, bei Kranken, welche ebenfalls nie unter Himmelsstrichen gelebt hatten, wo Lepra heimisch ist.

Wenn man unter Lepra jene auf einer bacillären Infection beruhende in bestimmten Gegenden endemische Krankheit selbst verstehen will und nicht bloss den äusseren Symptomencomplex, welchen sie hervorrufen kann, so ist diese Bezeichnung für derartige Fälle durchaus unzulässig, denn die Kranken hatten ja keine Gelegenheit, den Bacillus in sich aufzunehmen. — Besser ist es, so lange keine Ursache bekannt ist, die Affection mit einem Namen zu bezeichnen, welcher nur auf die Symptome

hinweist, wie dies Morvan gethan hat für ein Krankheitsbild, welches ganz analog ist dem in vorstehenden Krankengeschichten enthaltenen. Dieser Autor beschrieb im Jahr 1883 (Gazette hebdom.) unter dem Namen »Parésie analgésique des extremités superieures« eine geschwürige, zunächst nur einseitige Affection der Finger. Sie ist charakterisirt durch neuralgische Schmerzen, welche die Scene einleiten, dann stellen sich Paresen und Analgesien, zuweilen auch Parästhesien ein und zugleich treten spontan Panaritien auf, welche mit Nekrose und Abstossung von Phalangen enden. Solche mutilirende Panaritien kehren nach oft langen Zwischenräumen schubweise wieder und befallen zunächst nur die Finger der einen Hand. Nachdem die Schmerzen längere Zeit, bis zu mehreren Jahren, in einer Oberextremität allein bestanden haben, treten sie schliesslich auch im anderen Arme auf, ebenso wie die Parese und Analgesie. Auch an dieser Oberextremität kommt es durch häufig sich wiederholende Entzündungen und Eiterungen und durch Nekrose einzelner Phalangenknochen zu kolbiger Auftreibung der Finger, zur Auffaserung und zum Verlust der Nägel und Verstümmelung der Hand. Späterhin sollen sich auch noch an den Unterextremitäten derartige Störungen zeigen können. Zuweilen begleiten tiefe Schrunden an der Volarseite der Finger und Hände und leichte Schwellung sowie locale cyanotische Verfärbung der Haut und Hyperidrosis obige Erscheinungen. — Die Analgesie kann so hochgradig sein, dass die Kranken ziemlich schweren chirurgischen Eingriffen an ihren verstümmelten Fingern ruhig zusehen können, ohne eine Miene zu verziehen. Merkwürdig ist, dass dabei zuweilen die Tastempfindung in viel geringerem Grade beeinträchtigt ist, als die Schmerzempfindung, wie dies auch bei dem Kranken meiner 2. Beobachtung der Fall war. — In einer grösseren Anzahl von Fällen fanden sich Muskelatrophien, meist nur auf die Handmuskeln oder einzelne derderselben beschränkt, doch zeigten einzelne Kranke auch Muskelatrophien am Vorder- oder Oberarm. — Schon im Jahre 1881 hatte Quinquaud einen Fall von symmetrischen Panaritien unter dem Namen »Panaris nerveux« mitgetheilt (France médic.).

Die von Morvan 1883 beschriebenen Fälle sind sieben an der Zahl. In der Gazette hebdomadaire von 1886 reiht er ihnen noch weitere acht an. Unter diesen ist einer hervorzuheben, eine Frau betreffend, welche bei ganz geringer Muskelanstrengung sich einen Bruch des linken Vorderarmes zuzog, sodass eine besondere Brüchigkeit der Knochen angenommen werden musste. Ausser Anästhesie an den Vorderarmen hat dieser Arzt auch einmal Anästhesie der einen Gesichtshälfte beobachtet. Dasselbe Vorkommniss findet sich bei Colleville notirt. In letzterem Falle fand sich auch noch eine über den Rumpf verbreitete Anästhesie vor. (Colleville: Nouveau cas de panaris analgésique. Gaz. hebdom. 1887. p. 345.) Affectionen der Gelenke an den Oberextremitäten haben Morvan (Gaz. hebdom. 1887. Des arthropathies dans la paréso analgésie) und Andere auftreten gesehen. Prouff (Gaz. hebdom. 1887 p. 249) beobachtete Verlust des Muskelsinnes. Die Publicationen von Bertrand (Union médic. 1886 Nr. 26) und Broca (Annales de Dermat. Nr. 5, 1885) bringen nichts, was nicht in vorstehenden Zeilen schon Erwähnung gefunden hätte. — Ob der Fall von Parésie analgesique nach Typhus, welchen Hanot (Arch. géner. Mai 1887) mittheilt, hieher gehört, ist fraglich. Es bestand dabei ausser Analgesie an den Fingern beider Hände auch noch Hemianästhesie.

Gelegentlich seiner ersten Publication bespricht Morvan ausführlich die Differentialdiagnose der von ihm geschilderten Krankheit mit einer alten Neuralgie, mit Erythromelalgie, Sclerodactylie und symmetrischem Brand. Merkwürdiger Weise geschieht der Lepra mutilans mit keinem Worte irgend eine Erwähnung.

Nicht wenige der als Parésie analgésique publicirten Fälle sind einseitig gewesen und es wird von den betreffenden Autoren meist stillschweigend angenommen, dass dies eben das erste Stadium sei und späterhin sich die Affection schon auch an der symmetrischen Stelle zeigen werde, und das Leiden deshalb zu der von Morvan geschilderten Krankheit gerechnet. Viele andere Aerzte aber sprechen in solchen Fällen oder auch bei doppelseitiger Affection, von mal perforant palmaire. Die localen Erscheinungen sind sowohl bei der Morvan'schen Krankheit als bei dem mal perforant palmaire in der Hauptsache dieselben und es wäre nur eine Wiederholung, wenn hier auch die für letzteres angegebenen Erscheinungen mitgetheilt würden.

Beide Affectionen sind auch auf dieselbe Ursache zurückgeführt worden, nämlich auf trophische Störungen in Folge von Erkrankungen im Nervensystem. Für die Entstehung vieler Fälle von mal perforant im Allgemeinen auf nervöser Basis hat sich in Deutschland namentlich auch P. Bruns ausgesprochen, und die Häufigkeit dieser Art der Entstehung wird bestätigt durch zahlreiche Beobachtungen, nach welchen sich nach traumatischer Verletzung eines Nerven in dem von ihm versorgten Gebiet ein mal perforant einstellte. (Péraire, Du mal perforant palmaire. Arch. géner. 1896.) Aber auch wenn kein Trauma vorhergegangen ist, muss man doch bei derartigen namentlich einseitigen trophischen Störungen eine Erkrankung der peripheren Nerven annehmen. Monod und Reboul sahen sich genöthigt in einem Fall von symmetrischem Panaris analgésique einige Finger zu amputiren und fanden an denselben die Nerven neuritisch afficirt und degenerirt. Im Auge zu behalten ist aber dabei, dass es sich um Nerven handelt, welche einem Entzündungsherd nahe lagen, also möglicher Weise deshalb erkrankt waren. (Arch. génér. 1888.)

Ist die Affection genau symmetrisch an beiden Händen beziehungsweise Armen aufgetreten, dann fordert diese in einer ganzen Reihe von Fällen beobachtete Symmetrie dazu auf, nach einer gemeinsamen ursächlichen Schädlichkeit zu suchen. Da liegt es nun nahe, dieselbe dorthin zu verlegen, woher die Nervenfasern für beide Oberextremitäten stammen, in's Halsmark. Auch schon Morvan glaubte im Rückenmark den Sitz der von ihm beschriebenen Krankheit annehmen zu müssen und zwar in der Höhe des Austrittes des 6. cervicalen bis 1. dorsalen Wurzelpaares.

Dass bei Krankheiten des Centralnervensystems ähnliche Störungen vorhanden sein können, ist zweifellos, bei Tabes dorsalis z. B. hat man ja sowohl mal perforant plantaire als palmaire beobachtet. Allein dann sind ausser den oben geschilderten Erscheinungen noch eine Reihe anderer vorhanden, welche der betreffenden Krankheit des Rückenmarks zu kommen.

In einem von Péraire mitgetheilten Fall von panaris analgésique symétrique suchte man die Ursache in einer Myelitis des Halsmarkes (keine Section). Die Annahme einer Myelitis ist jedoch nur gerechtfertigt, wenn Zeichen von Quertrennung der Medulla spinalis vorhanden sind: Paraplegie, Störungen der Blase und des Mastdarms u. s. w. In den allermeisten Publicationen fehlen Angaben über das Verhalten der Unterextremitäten, also war ihre Function wohl nicht in grober Weise beeinträchtigt. Bei den in der Tübinger medicinischen Klinik beobachteten Fällen waren Störungen daselbst vorhanden, aber trotz der langen Dauer des Leidens nicht derart ausgebildet, dass sie die Annahme einer Myelitis erlaubt hätten. Gegen myelitische Processe als allgemeine Ursache der Erscheinungen spricht, dass der Process so lange Zeit einseitig bleibt und dass zeitweise Besserungen eintreten können.

Könnten vielleicht Höhlenbildungen im Rückenmark zur Erklärung herangezogen werden? Zwei Fälle mit Sectionsbefund, der eine von Steudener (De lepra anaesthetica sive

mutilante. Diss. Halis 1867), der andere von Langhans (Beiträge zur Rückenmarksaffection; »Lepra mutilans«. Virch. Arch. 1875 p. 175) mitgetheilt, scheinen dafür zu sprechen. Beide wurden wie es scheint als sporadische Lepra mutilans angesehen. Die Kranken stammten aus gesunden Familien und aus Deutschland. Dass sie je in Gegenden gewesen wären, wo Lepra zu Hause ist, davon wird in den Krankengeschichten nirgends etwas erwähnt. Sie boten beide das in diesen Zeilen schon oft wiederholte Bild einer symmetrischen Anästhesie der Hände und Verstümmelung derselben in Folge von trophischen Störungen. Beide sind in Folge von ausgedehnten Eiterungen und phlegmonöser Processe, welche von den Geschwüren ausgingen, zu Grunde gegangen. Bei der Section fand sich in beiden Fällen eine hauptsächlich die Hinterhörner betreffende Höhlenbildung im Halsmark, welche aber noch weit in's Rückenmark hinunterreichte. Aber es waren daneben noch vorhanden Veränderungen an den peripheren Nerven der oberen Extremitäten. In dem einen Falle bindegewebige Verdickungen des Endo- und Perineuriums und Anschwellung der Nerven, im anderen Zellinfiltration und Zellwucherung im interstiellen Gewebe der Nerven, spindelförmige Anschwellung derselben und Atrophie von Nervenfasern; also alle Zeichen einer mehr oder weniger chronischen Neuritis. Trotzdem die Höhle bis in die Lendenanschwellung hinunterreichte, hatten die Kranken im Leben keine auffallenden krankhaften Erscheinungen von Seiten der Unterextremitäten, der Blase und des Mastdarmes geboten. Hätte sich in diesen für Lepra gehaltenen Fällen nicht die Spaltbildung in der Medulla spinalis gefunden, so wären sie vielleicht gar nicht veröffentlicht worden, und man hätte die Veränderungen an den peripheren Nerven für ausreichend zur Erklärung der Symptome während des Lebens angesehen.[1]) — Während eines Typhus hat Schultze (1882) Nekrose beider Oberextremitäten eintreten sehen. Nach dem längere Zeit nachher erfolgten Tode fand man eine Syringomyelie; der Zusammenhang beider Affectionen aber bleibt deshalb doch fraglich. Zu Lebzeiten hatten noch mancherlei nervöse Störungen bestanden. Es ist ja zuzugeben, dass Syringomyelie das eine oder andere Mal solche Erscheinungen, wie uns hier beschäftigen, machen kann. Im Allgemeinen sind die dadurch hervorgebrachten Störungen geradezu ausgezeichnet durch ihre Unregelmässigkeit, durch wechselnde Vertheilung von Anästhesien und Muskelatrophien, sodass ein einheitliches klinisches Bild nicht existirt, wie dies ja auch bei der Art der anatomischen Veränderung im Rückenmark nicht anders zu erwarten ist. Neben der grossen Anzahl von Fällen, bei welchen nach dem Tode eine oft ausgedehnte Syringomyelie gefunden wurde, welche während des Lebens keine Erscheinungen gemacht hat, finden sich solche, welche unter ganz verschiedenen Krankheitsbildern verlaufen sind. Namentlich unter der Form von ausgebreiteten Anästhesien, Paraplegien, Monoplegien und Monoparesen, von myatrophischer Lateralsclerose u. s. w. Ausser Muskelatrophien, die dabei nicht selten sind, werden anderweitige schwere trophische namentlich symmetrische Störungen nicht häufig beobachtet. — In Fällen wie die beiden migetheilten dürfte man sich nicht damit zufrieden geben, Höhlungen im Rückenmark anzunehmen, nur weil die Erscheinungen zu keinem der gewöhnlichen Schemata passen, und man solch' eine Höhle beliebig da annehmen kann, wo man sie braucht.

Sieht man zunächst ab von der Doppelseitigkeit und der Symmetrie, so sind die Symptome die einer Neuritis. Nichts könnte besser die Erscheinungen erklären: die neuralgiformen Schmerzen einhergehend mit mehr oder weniger hochgradiger Anästhesie, die Parese und die stellenweise Muskelatrophien und namentlich die trophischen Störungen selbst: das spontane Auftreten von sich häufig wiederholenden Geschwüren, welche nur geringe Tendenz zur Heilung zeigen. Bei einer solchen Annahme verstehen wir auch, warum das Krankheitsbild demjenigen gewisser Lepraformen so ähnlich werden kann. Es besteht eben in beiden Fällen eine Neuritis, welche folgerichtig dieselben Störungen verursachen muss, an deren Spitze Anästhesie und trophoneurotische Processe stehen, welche zur Verstümmelung führen. Der grosse Unterschied ist nur der, dass bei Lepra ein bestimmter Bacillus die Neuritis hervorruft, in Fällen aber wie die beschriebenen andere Ursachen dieselbe bedingen. Diese Ursachen sind uns noch unbekannt und können gewiss auch recht verschiedenartig sein. Dass hiebei durch eiternde Geschwüre und Knochennecrose die Mehrzahl oder alle Finger verstümmelt werden, ist wohl auf Erkrankung trophischer Nervenfasern zurückzuführen.

Zu Verlust vereinzelter Fingerglieder kann es ja auch kommen bei gewöhnlichen Panaritien, welche tief greifen und Periostitis und Nekrose hervorrufen. Allein in der Mehrzahl der Fälle kommt es nicht so weit, da die Ernährung der Gewebe regelrecht vor sich geht. Die letzte Ursache der Entzündung ist wohl in beiden Fällen dieselbe: Eindringen von Entzündungserregern durch die Haut der Finger, welche kleinen Verletzungen am meisten ausgesetzt sind. Unterliegen bei Erkrankung der Nerven andere Hautstellen durch besondere Verhältnisse häufigen Insulten, so können auch dort langdauernde Geschwüre entstehen. Dies war z. B. der Fall bei W., welcher auf beiden Schultern Narben von Ulcerationen zeigte, die entstanden waren durch den Druck von Lasten.

Schwieriger wird die Erklärung der Erscheinungen, wenn es sich um doppelseitige Affectionen handelt. Da ist nun zu erwähnen, dass Pozzi ein Uebergehen einer nach Trauma entstandenen Neuritis durch den Rückenmarkscanal hindurch auf die Nerven der anderen Körperseite gesehen haben will. Eher als ein solches Uebergreifen könnte man eine multiple Neuritis aus unbekannter Ursache annehmen. Dies mag namentlich zutreffend sein für jene Fälle, wo sich auch an der einen oder anderen Unterextremität trophische und sensible Störungen vorfanden, oder sonstige Nervengebiete, z. B. das des Trigeminus, im Gesicht, Anästhesie aufwiesen, wie dies in zwei Fällen beobachtet wurde. Wenn aber genau symmetrisch die trophischen Störungen an den Oberextremitäten auftraten und auf diese beschränkt blieben, wird man bei der Annahme einer zufällig die beiderseitigen Armnerven befallenden Polyneuritis nicht stehen bleiben dürfen, sondern wird eine gemeinsame Ursache annehmen und dieselbe an einen Ort verlegen, wo die Nerven für die beiden Oberextremitäten einander nahe sind, also in den Halstheil des Wirbelcanals. Dorthin weisen auch die zuweilen vorhandenen Nackenschmerzen. Am besten würde die Annahme einer Affection der beiderseitig austretenden Nervenwurzeln, namentlich der hintern, die Erscheinungen erklären.

In den von Morvan u. A. publicirten Krankengeschichten ist wenig von den Unterextremitäten die Rede; dann und wann findet sich die Angabe, dass Schwäche in denselben bestanden habe und dass keine auf Tabes dorsalis deutende Zeichen vorhanden gewesen seien. In beiden von mir mitgetheilten Fällen waren die Patellarreflexe sehr erhöht, es liess sich Fussclonus produciren und eine Andeutung des Romberg'schen Symptoms war vorhanden. Das sind also Erscheinungen, welche auf eine unvollständige Unterbrechung der Leitung im Rückenmark hindeuten. Man könnte nun das Verhalten der Ober- und Unter-Extremitäten unter einen Gesichtspunkt bringen, wenn man sich vorstellt, dass etwa eine chronische Meningitis einerseits die abgehenden Nerven afficirt und andererseits durch Verdickung

[1]) Brunner veröffentlichte in Virchow's Archiv 1887 einen Fall von mal perforant du pied, wobei ebenfalls eine Rückenmarksaffection, Spina bifida occulta, combinirt war mit peripherer Neuritis.

der Häute des Rückenmarks zu leichter Compression desselben geführt hat. Bei solch einer Wurzelneuritis brauchen dann die Nervenstämme nicht auf Druck schmerzhaft zu sein. Man wird nun sagen, dass es nach dieser Ansicht auf eine Pachymeningitis cervicalis hypertrophica herauskäme und entgegenhalten, dass die Krankheit nicht in den Rahmen der Pachymeningitis cervicalis hineinpasse, wenn auch einige Symptome derselben wie Schmerzen im Nacken, neuralgiforme Schmerzen und Anästhesien an den Armen vorhanden seien. Man muss sich aber klar sein, dass chronische meningitische Vorgänge im Halsmark gar nicht immer dieselben Symptome zu machen brauchen. Weder ist für dieselbe eine besondere Handstellung, etwa die »Predigerhand«, charakteristisch, noch die Atrophie aller oder bestimmter Muskelgruppen am Arm. Die Erscheinungen hängen ganz davon ab, welche und wie viele Nervenwurzeln erkrankt sind, und in welchem Grade sie es sind. Es ist ganz gut denkbar, dass die Muskelatrophien in den Hintergrund treten und dafür andere trophische Störungen sich einstellen.

Es soll nicht behauptet werden, dass eine andere Annahme als die einer chronischen Meningitis als Ursache nicht zulässig wäre. Nur soviel lässt sich sagen: Es handelt sich in Fällen der Art um Neuritis und die Ursache derselben ist mit grosser Wahrscheinlichkeit im Halstheil des Wirbelcanals zu suchen. Am besten würde eine chronische Entzündung der Rückenmarkshäute das Krankheitsbild erklären.

Der Verlauf ist ein durchaus chronischer. Zu befürchten sind immer phlegmonöse Processe ausgehend von den Panaritien und Allgemeininfection.

In den beschriebenen zwei Fällen war vorübergehend Besserung eingetreten bei Abhaltung jeder Schädlichkeit, welche die Oberextremitäten treffen konnte, bei sorgfältiger antiseptischer Behandlung der Wunden, Einreibungen von grauer Salbe in den Nacken und Faradisation der peripheren Nerven der Arme.

Verwandt mit solchen symmetrischen Panaritien sind vielleicht die Fälle von »symmetrischer Gangrän« der Zehen und Finger, welche Bramann auf dem letzten Chirurgencongress in Berlin vorgestellt hat. Leider konnte ich keine Referate darüber zu Gesicht bekommen, welche ausführlich genug gewesen wären, um einen Vergleich zu gestatten. Im Anschluss an jene Demonstration in Berlin wurden ebenso viel verschiedene Ansichten über die letzte Ursache der Krankheit laut, als sich Aerzte an der Discussion betheiligten.

Nachdem vorstehende Arbeit bereits fertig gestellt war, fiel mir eine kurze Notiz von Gombault über den pathologisch-anatomischen Befund bei Morvan'scher Krankheit in die Hände. Dieser Arzt hatte Gelegenheit, die Section einer 56jährigen Frau zu machen, welche seit ihrem 12. Jahre an mutilirenden Panaris analgésiques beider Hände wiederholt gelitten hatte. Er fand eine doppelseitige Neuritis der Armnerven, die er als Neuritis ascendens auffasst, und daneben noch Veränderungen im Halsmark, welche in Form von diffuser interstitieller Bindegewebsentwicklung namentlich die hintern Partien des Rückenmarks, die Hinterstränge und die graue Substanz betrafen; die Wandungen der Arterien waren verdickt, das Lumen z. Th. verschlossen. Ueber den Zustand der Meningen ist leider nichts gesagt. — Die Erkrankung des Rückenmarks war nicht hochgradig und trat gegenüber der Alteration der Nerven in den Hintergrund. (Soc. méd. des hôpitaux, séance du 26 avril 1889.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Zur Behandlung perforirender Bauchwunden.

Von Oberarzt Dr. Schreiber in Augsburg.

(Fortsetzung.)

Auf dem IX. internationalen Congress in Washington gab Ch. Parker (Chicago) eine Uebersicht über die Behandlung der Schusswunden. Bis 1885 waren bloss 6 Fälle operativer Behandlung derselben mitgetheilt worden; seitdem sind 38 Fälle mit 11 Heilungen constatirt worden und die operative Behandlung ist nun allgemein anerkannt. Parker betonte, dass in zweifelhaften Fällen stets eine Erweiterung der Eintrittsöffnung vorzunehmen sei, um nachzuweisen, ob die Wunde eine perforirende. Betreffs der Diagnosis kann man auf subjective Empfindungen nicht viel geben. Rapides Auftreten von Tympanites über einer sonst gedämpften Stelle lässt auf Gasaustritt, Entwicklung einer Dämpfung an den abhängigen Stellen des Abdomens, auf Blutung schliessen. Blutiger Urin lässt eine Verletzung von Blase, Ureter oder Niere annehmen. Shock macht die Perforation sehr wahrscheinlich, Ueblichkeit oder Erbrechen deutet Verletzung der Eingeweide an.

Parker erwähnt einen Fall, in dem sich ein Mann 2 mal ins Abdomen geschossen hatte, der 4 Stunden später laparotomirt wurde. 5 Perforationen wurden vernäht, die linke Niere zeigte sich ebenfalls verletzt, wurde aber belassen. 24 Stunden befand sich Patient wohl, collabirte dann aber rasch in Folge von Nierenblutung.

Der zweite Fall wäre wohl, wenn früher operirt, günstiger verlaufen; bei dem 45jährigen Mann, der erst 16 Stunden nach dem Schuss in Behandlung gelangte, entleerte sich beim Eröffnen der Bauchhöhle kothige Masse; nur eine Perforation liess sich finden und wurde vernäht. Der Patient starb unter zunehmenden peritonitischen Erscheinungen 16 Stunden nach der Operation.

Parker hält die mediane Incision in derartigen Fällen für das beste Verfahren, in ausnahmsweisen Fällen bietet Erweiterung der vorhandenen Wunde gewisse Vortheile. Die fortlaufende Naht hält er als rascher auszuführen für die beste und zieht Seide dem Catgut vor. Bei Verletzung des Omentum besteht oft heftige Blutung und macht die Entfernung eines mehr oder minder grossen Stückes desselben nöthig. Magenwunden machen in der Regel, wenn nicht complicirt, wenig Schwierigkeiten betreffs der Heilung. Leber und Milzwunden sollten durch tiefe Nähte vereinigt werden. Verletzungen leichten Grades der Milz oder Niere erheischen deren Exstirpation. Blasenwunden müssen genäht werden. Parker betonte besonders die Bedeutung sorgfältiger Blutstillung und genauen Absuchens des Darmes in systematischer Weise. Zu feste Nähte sollte man wegen Gefahr der Gangrän vermeiden.

Auf dem III. französischen Chirurgencongress[1]) hat die Frage, wie man sich Schuszverletzungen der Eingeweidehöhlen gegenüber zu verhalten habe, zu interessanten Debatten geführt.

Chauvel betonte zunächst die verschiedenen Bedingungen bei Verletzungen der Schädel-, Brust und Bauchhöhle und die Verschiedenheit der Indicationen bezüglich der Behandlung. Schon Thomassin habe sich nicht gescheut, die Bauchhöhle wegen Verletzungen zu öffnen, ein Vorgehen, das Baudens ganz verwarf. Seitdem haben sich Legouest, Otis, Pirogoff als warme Anhänger operativer Behandlung gezeigt, trotzdem haben die meisten Militärärzte mehr Zuneigung zu exspectativem Verfahren, umsomehr als die äusseren Bedingungen im Feld eben recht wenig zu derartigen Eingriffen ermuntern. Im amerikanischen Secessionskriege verhielt man sich dem zuwartenden Verhalten gegenüber ziemlich feindlich und operatives Eingreifen wird in den letzten Jahren immer wärmer empfohlen und heutzutage in Amerika fast bei allen penetrirenden Bauchwunden die Reinigung des Peritoneums eventuell die Darmnaht ausgeführt. In Frankreich sind die Anschauungen getheilt: die Abstentionisten zeigen Namen wie Tillaux und Verneuil,

[1]) Ref. nach Semaine médicale Nr. 11, 88.

gemässigte Interventionisten (Réclus, Trélat) wollen erst operiren, wenn die ersten Zeichen von Peritonitis oder Erguss auftreten oder (wie Bouilly, le Fort), wenn entschiedene Zeichen peritonealer Reizungen vorhanden sind. Auf der andern Seite stehen die Anhänger operativen Eingreifens (Hamilton, Mac Cormac), wie deren Anschauungen in Barnard's These resumirt sind und Chauvel rechnet sich bezüglich penetrirender Abdominalschusswunden zu den letzteren. Die Schusswunden der Bauchorgane sind äusserst gefährlich, nahezu stets tödtlich. Die bisherigen Statistiken sind sehr widersprechend. Nimier z. B. erwähnt, dass nach dem einen die Mortalität der Abdominalverletzungen 95 Proc., nach anderen nur 10—15 Proc. sei. Chauvel findet nach 5003 Fällen 80 Proc. Mortalität; natürlich werden viel eher Erfolge als Misserfolge publicirt. Larrey und Legouest haben die wenigen Heilungsfälle nach Schusswunden des Abdomens eben publicirt, weil sie Tausende daran zu Grunde gehen sahen resp. letzteres als die Regel betrachteten. Die Reclus'schen Versuche an Hunden sind nicht maassgebend, da diese vorher diät gehalten wurden. Nach Chauvel's Erfahrungen ist der Verlauf der Verletzungen immer direct von der Eingangsstelle nach der Ausgangsstelle zu und selten werden die Verhältnisse durch die Bewegungen des Darmes etwas verschoben.

Die beiden pathognomonischen Zeichen, Austritt von Darminhalt oder Darmvorfall, fehlen in der Regel, und wenn man erst Zeichen von Peritonitis abwarten wollte, hiesse dies stets nur zu spät eingreifen. Der Tod erfolgt an Blutung oder septischer Peritonitis; beide könnten nur durch frühzeitiges Eingreifen abgewendet werden. Seit 1880 konnte Chauvel 41 Fälle von Laparotomie wegen Schussverletzungen des Unterleibs zusammenstellen mit 29 Proc. Heilungen. Die Erfolge nahmen mit der Dauer nach der Verletzung ab. Nach 12 Stunden erzielte man 40 Proc. Erfolge bei Operation, 24 Stunden nach der Verletzung nur 30 Proc., später als nach 24 Stunden ausgeführt war die Laparotomie stets erfolglos. Nur dreimal erfolgte der Tod in den nächsten 4 Stunden nach der Verletzung. Ohne Opium etc. zu unterschätzen, ist Chauvel in allen Fällen perforirender Schusswunden des Abdomens für sofortiges chirurgisches Eingreifen, Untersuchung, eventuell Laparotomie.

Betrachten wir nun die Ansichten, die in den letzten Verhandlungen der französischen Chirurgen (Soc. de chir. 1888 und 1889) in dem betreffenden Gebiete zu Tage traten:

Desprès glaubt, dass jeder Chirurg nach seinen eigenen Erfahrungen sein Vorgehen entnehmen müsse; in seiner Thätigkeit sind ihm an der Charité 7 Fälle penetrirender Bauchwunden vorgekommen, wovon nur 2 (bei ausschliesslich exspectativer Behandlung) starben, und auch bei diesen erwies die Obduction Verletzungen, die einen Erfolg eines chirurgischen Eingriffes ausschliessen liessen; nur wenn sofort Meteorismus auftritt oder ein charakterisirter Stupor sich in den Gesichtszügen ausprägt, ist er für chirurgisches Eingreifen.

Auch Tillaux rechnet sich mehr zu den Abstentionisten und hält die Laparotomie in derartigen Fällen immer für einen sehr schweren Eingriff; er citirt einen Fall, in dem heftiger Auftreibung des Leibes bestand und in dem er sehr versucht war einzugreifen und dies nur wegen der Unsicherheit des Nachweises der Ausdehnung der Verletzung unterliess. Die Obduction zeigte, wie gerechtfertigt dies war, denn von einem gewöhnlichen Laparotomieschnitt aus konnte man nur peritonitische Veränderungen, keine Spur von dem Verlauf des Geschosses constatiren und erst die regelrechte Bauchobduction ergab Verletzung der Milz und Niere, den Darm selbst unverletzt.

Marc Sée gibt zu, dass er in der Frage noch zu keinem rechten Entschluss gekommen; bei zwei Patienten mit Magenwunden hat er sich chirurgischen Eingreifens enthalten; einer davon genas, aber beim andern traten keine Symptome auf, die zu chirurgischem Eingreiten aufforderten, resp. als sie kamen, war der Tod unmittelbar bevorstehend. Marc Sée ist in derartigen Fällen für Sondiren der Wunde selbstverständlich unter entsprechenden antiseptischen Maassregeln.

(Fortsetzung folgt.)

Löwenfeld: Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandter Leiden. Monographie. Wiesbaden, 1889. 131 S. II. Aufl.

In der stark vermehrten II. Auflage bespricht Verfasser in seiner gewandten und klaren Weise die verschiedenen modernen Behandlungsarten der Nervenschwäche: die diätetische Behandlung, arzneiliche Behandlung und Brunnencur, Luftcur, Wassercur, Badecur, elektrische Behandlung, Metallotherapie, Hypnose und Suggestion, Massage und Heilgymnastik, und Mastcur nach Mitchell-Playfair. Diese kurze Inhaltsangabe gibt uns einen Ueberblick über den reichen Inhalt des Buches. Ueberall hebt Verfasser mit Recht hervor, wie nöthig es ist, in jedem Falle streng zu individualisiren, da jede der verschiedenen Methoden in bestimmten Fällen je nach der Individualität des Kranken ihre grossen Vorzüge hat. Wenn Verfasser auch nicht wie Mantegazza sich zu einer allgemeinen Prognose dieser »Krankheit unseres Jahrhunderts« versteigt, so zeigt er uns doch streng sachlich, dass für die meisten Kranken von der Therapie noch etwas zu hoffen ist, und dass Viele ihre volle Genesung finden. Wahrscheinlich wird in der III. Auflage, welche die treffliche Schrift bald erleben dürfte, die Suggestivtherapie sowie die Behandlung mit Hypnose noch schlechter wegkommen. A. Cramer (Eberswalde).

Arthur Hartmann: Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. IV., verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin, Fischer's medicinische Buchhandlung, 1889.

Wie gut der Autor den Zweck erreicht hat, welchen er sich bei Abfassung dieses Lehrbuches gesetzt hatte, nämlich dem Bedürfniss entgegenzukommen, welches wohl jeder practische Arzt fühlt, wenigstens eine allgemeine Orientirung über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde sich zu verschaffen, das geht schon aus der raschen Folge der Auflagen des 1881 zum ersten Male erschienenen Buches hervor. Seitdem ist dasselbe bereits in's Englische und Italienische übertragen worden und eine französische Uebersetzung befindet sich in Vorbereitung. Die selbständige, objective und überall auf ausgedehnter eigener Erfahrung begründete Stellung, welche sich der Verfasser in allen Gebieten seines Faches zu wahren gewusst hat, lässt uns die schönen Erfolge des kleinen Lehrbuches mit Genugthuung begrüssen. Bezold.

Vereinswesen.

XIV. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte

zu Baden-Baden am 25. und 26. Mai 1889.

(Originalbericht.)

I. Sitzung am 25. Mai, Nachmittags 2 Uhr.

Vorsitzender: Geh. Rath Ludwig-Heppenheim.

Schriftführer: Dr. Laquer-Frankfurt a/M.; Dr. Buchholz-Heidelberg.

1) Prof. **Goltz**-Strassburg: **Der Hund ohne Grosshirn.**

Goltz beobachtete an einer Hündin, welche nach voller Entfernung des Grosshirns noch 51 Tage lebte, folgende Erscheinungen: Unfähig sich selbst Nahrung zu suchen, konnte das Thier doch tief in den Mund hineingeschobene Bissen richtig kauen und schlucken. Nur Flüssigkeiten machten Schwierigkeiten, weil die Hündin häufig fehl schluckte. Besser als mit der Sonde liessen sich flüssige Nahrungsmittel, z. B. Milch, in kleine Würstchen abgefüllt beibringen. Alle Laute, mit welchen die Hunde ihrer Stimmung Ausdruck geben, konnte das Thier produciren, namentlich Laute des Unwillens waren deutlich zu erkennen. Die Schwanzbewegungen erschienen directionslos und liessen sich nicht etwa als Ausdruck freudiger Stimmung ansprechen. Schlaf und Wachen war deutlich ausgeprägt. Die Glieder in eine unangenehme Lage gebracht, kehrten in ihre bequeme wieder zurück. Das Laufen war etwas erschwert, liess sich aber mit Hilfe eines zur Unterstützung um den Brustkorb gelegten Handtuches leicht bewerkstelligen. Aus dem Käfig herausgenommen, wurden Koth und Urin stets in normaler

Weise entleert. Blind und taub war das Thier (es fehlte Opticus und Olfactorius). Der Tod erfolgte an einer Schluckpneumonie. Das Gehirn zeigt noch geringe, aber sicher nicht mehr functionsfähige Reste der Grosshirnhemisphären.

2) Prof. **Schwalbe**-Strassburg: **Ueber das Darwin'sche Spitzohr.**

Eine Anlage zur Ohrspitze findet sich beim menschlichen Foetus schon vom 5.—7. Monat. Diese Spitze deckt sich mit der Ohrspitze vieler Affen und niederer Säugethiere, entspricht aber ihrer Lage nach nicht dem Satyrohr der Künstler. Das geringere oder stärkere Hervortreten dieser Spitze beim Menschen hängt von dem Grade der Einrollung des Helixrandes ab. Diese Einrollung ist, wie aus der vergleichenden Anatomie hervorgeht, ein Rückbildungsprocess. Das Darwin'sche Spitzohr kann demnach nicht als ein Atavismus bezeichnet werden, sondern ist eine bei allen Menschen mehr oder weniger deutlich ausgeprägte anatomische Eigenthümlichkeit. Auf allgemeines Verlangen berichtet Schwalbe über weitere noch nicht abgeschlossene Untersuchungen, welche das menschliche Ohr betreffen, und hebt hervor, dass viele der von den Psychiatern als Degenerationszeichen beschriebenenen Ohrformen lediglich anatomische Varietäten darstellen und dass namentlich dem angewachsenen Ohrläppchen nicht die grosse Wichtigkeit beizumessen ist.

Auch Affen besitzen ein allerdings knorpelhaltiges Ohrläppchen, und zeichnen sich namentlich die höherstehenden anthropoiden Affen (Chimpanse) durch eine ebensolche blos fetthaltige Hautfalte am unteren Ende des Ohres aus wie die Menschen.

3) Prof. **Fürstner**-Heidelberg: **Ueber Muskelveränderungen bei Psychosen.**

Bei einer Kranken, welche unter schweren hypochondrischen Symptomen aber auch nicht ohne somatische Erscheinungen (allerlei abnorme Sensationen und Wahnideen in Bezug auf Hals und Leib — hartnäckige Stuhlverstopfung, Schlaflosigkeit) der Heidelberger Klinik zugeführt wurde, fiel Fürstner von Anfang an eine grosse Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit in der Musculatur auf. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln war bedeutend erhöht. Der Patellarreflex erheblich gesteigert, die abstinente Kranke wusste auch trotz Sondenfütterung durch Würgen und Erbrechen einer hinreichenden Nahrungseinfuhr erfolgreich zu widerstehen. Das Körpergewicht nahm rapide ab. Es stellten sich Contracturen ein und nach eben 4 wöchentlicher Anstaltsbehandlung ging die Kranke unter pneumonischen Symptomen zu Grunde. Die Autopsie liess am Centralnervensystem keinen besonders bemerkenswerthen Befund erkennen, dagegen bot die Musculatur, wie schon intra vitam exstirpirte Muskelstückchen angezeigt hatten, alle Zeichen einer schweren Atrophie (Kernvermehrung, körnige Entartung, Vacuolenbildung, Querspaltung etc.).

Fürstner hatte Gelegenheit noch einige ähnliche Fälle zu beobachten und glaubt, dass dieselben ein wohlumschriebenes Krankheitsbild darbieten, welches hauptsächlich durch sein Auftreten bei schon körperlich geschwächten Frauen, durch die hypochondrischen, sich namentlich auf den Leib, Hals und die Abdominalorgane beziehenden Wahnideen, durch die hartnäckige Abstinenz, durch den raschen Kräfteverfall und namentlich durch die schweren Erscheinungen von Seite der Musculatur characterisirt ist. Auch die Musculatur von Paralytikern hat Fürstner einer eingehenden Untersuchung unterzogen und in den verschiedensten Muskeln derselben atrophische Processe gefunden, zu einem bestimmten Abschluss ist er jedoch mit seinen Untersuchungen noch nicht gelangt.

4) Prof. **Rumpf**-Marburg: **Ueber Sensibilitätsstörungen und Ataxie.**

Rumpf hat wie Goldscheider nach Faradisation wohl eine Herabsetzung der Sensibilität der Haut und Gelenke beobachtet, nicht aber danach Ataxie entstehen sehen. Er berichtet sodann über einen Fall, bei welchem sich, trotz erheblicher Herabsetzung der Sensibilität an Haut und Gelenken, sowie des Muskelsinns, keine Spur von Ataxie erkennen liess, auch die Schrift dieses Kranke bot, abgesehen davon, dass sie bei geschlossenen Augen etwas grösser wurde, kein Zeichen einer atactischen Störung. Bei Tabikern dagegen, welche ähnliche Sensibilitätsstörungen zeigten, liess sich bei geschlossenen Augen eine Zunahme der atactischen Erscheinungen in der Schrift nicht erkennen.

5) Docent **Hoffmann**-Heidelberg: **Ueber progressive neurotische Muskelatrophie.**

Nach Fällen von Virchow, Friedreich u. A. sowie nach eigenen Beobachtungen schildert Redner die anatomischen Grundlagen der progressiven neurotischen Muskelatrophie, für welche er bereits früher (Archiv f. Psych.) ein wohl charakterisirtes klinisches Krankheitsbild umschrieben hat. Wenn auch noch nicht mit aller Bestimmtheit eine gleichartige gemeinsame centrale Grundlage nachgewiesen werden kann, so ist doch sichergestellt, dass die peripheren Nerven (sensible und motorische) aufsteigend degeneriren und zwar wahrscheinlich secundär von einem pathologischen Process im Rückenmark aus. Für die centrale Ursache des Leidens spricht auch die fast in allen Fällen nachgewiesene hereditäre Grundlage der Krankheit.

6) Dr. **Buchholz**-Heidelberg: **Ueber Veränderungen an den Gefässen der Hirnbasis.**

Redner hat seine mikroskopischen Untersuchungen noch über 30 Fälle (die Hälfte davon sind Paralytiker) ausgedehnt und völlig normales Verhalten nur bei functionellen Psychosen gefunden. Einen characteristischen Unterschied in dem Verhalten der Gefässe von syphilitisch Gewesenen und nicht syphilitisch Gewesenen konnte er nicht auffinden. Bemerkenswerth ist der Befund, dass Fälle von organischen Hirnerkrankungen schon in relativ frühem Alter nicht unbeträchtliche Veränderungen an den Gefässen erkennen liessen.

7) Prof. **Hitzig**-Halle: **Ueber spinale Dystrophien.**

Hitzig fand in einem Falle von Kinderlähmung (Tod im 25. Lebensjahre), welcher im Lendenmark viele Herde, namentlich unter starker Betheiligung der Vorderhörner erkennen liess, in der Musculatur Fasern von allen Stadien der Atrophie bis zu wohlausgebildeter Hypertrophie (Vacuolenbildung, tiefe Spaltbildungen in den einzelnen Bündeln etc.) Es lehrt dieser Fall im Zusamenhang mit anderen Beobachtungen, dass eine scharfe Trennung zwischen spinalen und musculären Formen nicht mehr durchzuführen ist. Ja, es ist anzunehmen, dass alle diese Dystrophien auf einen centralen Ursprung zurückzuführen sind und dass bei einem negativen Sectionsergebniss eine functionelle trophische Störung des Centralnervensystems das verursachende Moment abgegeben hat.

(Schluss folgt.)

XVII. Deutscher Aerztetag in Braunschweig.

(Originalbericht von Dr. L. Stumpf, k. Centralimpfarzt.)

(Schluss.)

Nach einer halbstündigen Pause wurden die Berathungen wieder aufgenommen, und erstattete Samelsohn-Cöln ein ausführliches Referat über die Stellung des Arztes als »sachverständiger Zeuge« vor Gericht, eine Art von Zeugenvernehmung, die erst durch den § 379 der deutschen Civilprocessordnung in die Rechtspflege eingeführt wurde, und die geeignet ist, den in dieser Form vernommenen Arzt in schwierige Situationen zu bringen. Nicht selten hat diese Gesetzesbestimmung nach des Referenten Erfahrung zu Reibungen und Conflicten zwischen den Richtern und Aerzten geführt. Um diesen Schwierigkeiten wirksam zu begegnen, schlug Referent 4 Sätze vor, deren Wortlaut das Ergebniss von Besprechungen mit einem hervorragenden Juristen war. Diese 4 Sätze, welche der Referent sehr beredt vertrat, lauteten wie folgt:

1. Jeder Arzt, der als sachverständiger Zeuge vor Gericht geladen wird, soll das Gericht darauf aufmerksam machen, ob es nicht zweckdienlicher sei, ihn als Sachverständigen zu vereidigen.

2. Wird dieses abgelehnt, so soll er in seinen Aussagen sich auf das Sorgfältigste eines jeden Urtheils enthalten und sich vielmehr auf die nackten Thatsachen beschränken.

3. Wird ein Arzt zu einem sachverständigen Gutachten auf Grund von Aussagen aufgefordert, welche der behandelnde Arzt als sachkundiger Zeuge gemacht hat, so muss derselbe gewissenhaft prüfen, ob er zur Erstattung eines sachgemässen Gutachtens auf Grund dieser Aussagen im Stande ist, und wenn er dies nach seinem Gewissen verneinen zu müssen glaubt, die Erstattung des Gutachtens von dem Zusammenwirken mit dem als Sachverständiger hinzuziehenden behandelnden Arzte abhängig machen.

4. Es soll bei den obersten Landesjustizbehörden der Erlass einer Verfügung an die Gerichte beantragt werden, wodurch diesen dringend empfohlen wird, in den Fällen, in welchen der behandelnde Arzt als sachkundiger Zeuge vernommen und demnächst auf Grund der Aussagen desselben ein ärztliches sachverständiges Gutachten erhoben werden soll, stets und zwar selbst ungeachtet des Widerspruchs einer der Parteien den behandelnden Arzt, wenn nicht zum einzigen Sachverständigen, so doch neben anderen Aerzten mit zum Sachverständigen zu bestimmen.

Die ersten 2 Sätze erfuhren in der dem Referat folgenden Discussion lebhaften Widerspruch, und machte insbesondere Philipp-Berlin gegen die 1. These geltend, dass es in praxi sehr schwierig, wenn nicht unmöglich sei, das Gericht »darauf aufmerksam zu machen«, den Arzt als Sachverständigen zu vereidigen. Derartige Versuche könnten dem Arzte eine schroffe Ablehnung seitens der Richter eintragen, welche gar leicht dazu führen könnte, ihn in seinen Aussagen zu verwirren. Auch Wallichs-Altona erklärte sich gegen die Fassung des Referenten. Ausserdem betheiligten sich an der sehr lebhaften Discussion über die beiden ersten Sätze Grandhomme-Höchst, Neubert-Leipzig, Bruck-Bromberg, Aub-München, Dressler-Karlsruhe and Sprengel-Dresden, und wurden im Laufe der Discussion mehrere recht drastische Fälle erzählt, welche hier und da von den Aerzten, die als »sachverständige Zeugen« vorgeladen waren, erlebt wurden.

Es wurden verschiedene Anträge gestellt, welche auf Abänderung der zwei ersten Sätze des Referenten abzielten und den dagegen geltend gemachten Bedenken mehr oder minder Rechnung trugen.

Schliesslich wurde beschlossen, die zwei ersten Sätze des Referenten durch folgende von Wallichs-Altona vorgeschlagene Fassung zu ersetzen:

1. Wird der Arzt als sachverständiger Zeuge vor Gericht geladen, so hat er, falls ihm Fragen vorgelegt werden, die er nur als Sachverständiger beantworten kann, das Gericht darauf aufmerksam zu machen, ob es nicht zweckmässig sei, ihn als Sachverständigen zu vereidigen.

2. Wird dies vom Gerichte abgelehnt und der Arzt dennoch zu einem Sachverständigenurtheil genöthigt, so erhebt er Beschwerde bei der zuständigen Instanz.

Die beiden anderen Sätze 3 und 4 wurden in der von dem Referenten vorgeschlagenen Fassung ohne Discussion angenommen.

Als VIII. Gegenstand stand auf der Tagesordnung »Der Entwurf eines bürgerlichen Gesetzbuches«. Dr. Frank-Gross-Himstadt war zum Referenten über die Verjährung der ärztlichen Forderungen bestellt. Da nun aber der Referent nicht erschienen war, so gab Wallichs Altona einen Brief des Reichstagsabgeordneten Dr. Kruse bekannt, in welchem die Gründe für die zweijährige Frist dargelegt wurden. Die Gegner der längeren Verjährung für die ärztlichen Forderungen leugnen vor Allem, dass die Aerzte in solchen Fragen anders zu behandeln wären als andere Leute, fernerhin auch, dass die Aerzte von einer vierjährigen Frist irgend welche Vortheile haben sollten. Dennoch wurde der Antrag von Franck-Gr. Himstadt mit Majorität angenommen.

Gleichzeitig mit diesem Antrage war zur Discussion gestellt der Antrag Risel-Halle, welcher dahin ging, dem § 156 des Entwurfs eines bürgerlichen Gesetzbuches eine Fassung zu geben, welche die Aerzte nicht auf ein und dasselbe Niveau stellt mit den Wundärzten, Hebammen und Kurpfuschern. Der Antragsteller führte aus, dass der erwähnte § 156 mit seiner Fassung

»Mit Ablauf von zwei Jahren verjähren sich die Forderungen der Aerzte, Zahnärzte, Wundärzte, Hebammen und Aller Jener, welche Dienste der Aerzte oder Hebammen geleistet haben«

zum ersten Male offen und nackt ausgesprochen habe, dass ein Unterschied zwischen Aerzten und »allen jenen, welche Dienste der Aerzte . . . geleistet haben« vor dem Gesetze nicht mehr existire. Der Antrag Risel-Halle wurde ohne Discussion mit grosser Majorität angenommen.

Hierauf erstattete Aub-München Bericht über Verhandlungen, welche der ärztliche Bezirksverein München über den Entwurf eines bürgerlichen Gesetzbuches gepflogen hatte und zwar über jene Bestimmungen des Gesetzbuches, welche künftig massgebend sein würden für das Verhältniss, in welchem der die Behandlung leitende Arzt zu seinem Auftraggeber steht.

Ueber den Dienst-, Werk- und Auftrags-Vertrag war wenige Tage vorher eine Abhandlung von dem Rechtsanwalt und Privatdocenten Dr. jur. Theodor Löwenfeld erschienen, in welcher der Verfasser auf das Schlagendste nachwies, wie verderblich für die Angehörigen des ärztlichen, anwaltschaftlichen, priesterlichen, künstlerischen und literarischen Berufes § 559 Abs. 1 des Entwurfes sein müsse, welcher klipp und klar lautet:

»Gegenstand des Vertrages können Dienste jeder Art sein«.

Baar jeder höheren Auffassung, sich losschälend von jeder Tradition, versetzt diese Bestimmung künftighin sämmtliche artes liberales mit einem Federstrich unter die banausen Gewerbe. Dieser Gedanke lag der Abhandlung zu Grunde, welche Dr. Th. Löwenfeld für den Münchener ärztlichen Bezirksverein ausgearbeitet hatte, und welche nun Aub-München zur Verlesung brachte. Nach der Darlegung des Verfassers zieht der Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches die äussersten Consequenzen der Stellung des Arztes in der Gewerbeordnung, indem er die ärztlichen Leistungen gleich den Handwerksleistungen unter den Gesetzesbegriff der Dienst-, Werks- und Auftrags-Verträge einreiht. Diese Gleichstellung mit ihren Consequenzen, die in der Abhandlung in drastischer Weise an der Hand von Beispielen ad absurdum geführt werden, ist zweifellos von unberechenbaren Folgen für alle oben genannten Stände, so insbesondere auch für den ärztlichen Stand, indem das bürgerliche Gesetzbuch nur eine Berufsarbeit kennt, die Arbeit um des Geldes willen, jene Arbeit, bei welcher der Gelderwerb direct Zweck ist. Von höheren Berufen, also von jenen artes liberales, welche die alten Griechen und Römer so scharf von den banausen Gewerben trennten, für die es zwar ein Entgelt gibt, das aber nur als Mittel zur Berufsausübung dient und als Sustentation gedacht ist, von all' dem, was ideal ist und ideal macht, kennt der neue Entwurf Nichts mehr. Er ist redlich und mit allen Kräften bestrebt, die Standes- und Volksmoral auf ein möglichst niedriges Niveau herabzudrücken, und so kann es auch nicht Wunder nehmen, dass der Kurpfuscher dem Arzte künftig vor dem Gesetze völlig gleichgestellt wird, mit dem einzigen Unterschiede, dass er an keine Taxe gebunden ist.

Diese Frage mit allen ihren Folgen und Anhängen, hielt der ärztliche Bezirksverein München für schwerwiegend genug, sie einer eingehenden Prüfung zu unterziehen; zugleich schien es geboten, nach Beschaffung und Sammlung weiteren einschlägigen Materials die Abfassung einer besonderen Denkschrift vorzubereiten und zu veranlassen. Er stellte daher den Antrag, der Aerztetag möge beschliessen, für diese Arbeit eine Commission einzusetzen, zu welcher auch Juristen beigezogen werden sollten.

Wie die ganze Versammlung dem scharfsinnigen, klaren Exposé mit gespannter Aufmerksamkeit folgte, so spendete sie demselben nach dessen Bekanntgabe grossen Beifall und erhob den Antrag des Bezirksvereins München einstimmig zum Beschlusse.

Um 4 Uhr wurde die Versammlung vertagt. Kurz nachher versammelten sich die Delegirten zu festlichem Mahle in Behnecke's Saalbau, wo sich auch die Aerzte Braunschweigs mit ihren Damen zahlreich eingefunden hatten. Nach dem Festessen, das durch treffliche Reden und Lieder — auch ein Delegirter hatte eine launige poetische Gabe gespendet —

gewürzt war, vereinigte man sich, der Einladung des ärztlichen Vereins der Stadt Braunschweig folgend, in der Loggia des Altstädter Rathhauses. Die prachtvolle Beleuchtung der Spitzbogenöffnungen wie der ehrwürdigen Martinikirche liess das zierliche gothische Maasswerk der Architectur beider ehrwürdigen Gebäude auf's Schönste hervortreten. Auf dem Platze spielte die Regimentskapelle aus Hildesheim, und Alles freute sich in der warmen Sommernacht des gelungenen Festes. —

Am nächsten Tage Morgens 8 Uhr begann die Sitzung mit der Verkündigung des Wahlresultats. An der Abstimmung hatten sich 9519 Stimmen betheiligt, und erhielten die absolute Mehrheit die Herren Graf, Wallichs, Aub, Brauser, Cnyrim, Krabler, Bardeleben und Becher. Pfeiffer-Weimar und Siegel-Stuttgart, von welchen keiner die erforderliche Stimmenzahl erreichte, kamen in Stichwahl, aus welcher als neuntes Mitglied des Geschäftsausschusses Siegel hervorging.

Nun referirte Risel-Halle eingehend über jene Bestimmungen im Entwurfe eines bürgerlichen Gesetzbuches, welche von der Entmündigung handeln. Der Redner beantragte, dem § 28 Abs. 1, ferner dem § 29 Abs. 1 folgende veränderte Fassung zu geben:

»Eine Person, welche in ihren Geisteskräften derart geschwächt oder gestört ist, dass sie ihre Angelegenheiten nicht selbst gehörig wahrzunehmen im Stande ist, kann entmündigt werden.«

»Eine Person, welche durch verschwenderische Lebensweise oder verschwenderische Geschäftsführung oder durch Trunksucht die Besorgniss rechtfertigt, dass sie sich oder ihre Familie dem Nothstande preisgibt, kann entmündigt werden.«

Mehrere Redner, so Zenker-Bergquell-Frauendorf, Hankel-Glauchau und Cnyrim sprachen sich gegen die Annahme einer präcisen Fassung aus, weil es nicht Sache des Aerztetages sein könne, sich in wissenschaftliche, noch dazu in juristische Streitfragen einzulassen. Hierauf wurde der allgemeine Antrag Zenker's, »dem § 28 des Entwurfes eine zutreffendere Form zu geben« mit Majorität angenommen, ebenso zu § 29 der allgemein gefasste Antrag Cnyrim's, dass unter die Ursachen der Entmündigung auch die Trunksucht aufgenommen werde. Die auf eine bestimmte Aenderung des Wortlautes abzielenden Anträge des Referenten waren damit abgelehnt. Ferner wurde durch Annahme des Antrages Cnyrim auf Uebergang zur Tagesordnung abgelehnt, zu der Frage über die Empfängnisszeit (§ 1467 des Entwurfs) eine bestimmte Stellung zu nehmen. Der Referent hatte als untere Grenze den 196. (oder 200.) Tag, als obere den 302. Tag in Vorschlag gebracht.

Der Antrag des Regierungsbezirks-Vereins Stettin, betreffend unheilbare Geistesstörung als Ehescheidungsgrund wurde auf den Wunsch Zenker's der Commission, welche nach dem Beschlusse des ersten Versammlungstages den ganzen Gegenstand bearbeiten soll, überwiesen.

Hierauf erstattete Dressler-Carlsruhe ein ausführliches Referat über den letzten Punkt der Tagesordnung, die Forderung einer Revision der ärztlichen Prüfungsordnung. Die Sätze des Referenten lauteten: 1) Die obligate Zeitdauer des medicinischen Studiums wird einschliesslich des unter der Waffe zu verbringenden Semesters auf mindestens 5 Jahre festgesetzt. 2) Psychiatrie und gerichtliche Medicin werden obligate Prüfungsabschnitte. 3) Der Candidat besteht sein Examen nach Zusammenstellung der Prüfungswerthe der einzelnen Abschnitte entweder in toto oder er fällt in toto durch. Das Wiederholen »einzelner« Abschnitte fällt für die Zukunft weg. 4) Nicht der Candidat, sondern eine Centralbehörde bestimmt die Universität, woselbst das Examen stattzufinden hat. Keinesfalls an der Universität, wo der Candidat studirte.

Zu dieser Frage hatte der ärztliche Bezirksverein München den Antrag gestellt:

»Der deutsche Aerztetag möge an einen hohen Bundesrath das Gesuch richten, die zur Zeit geltenden Prüfungsvorschriften für Aerzte einer Revision unterziehen zu wollen, und zwar insbesondere hinsichtlich der in § 4, Ziff. IV 2, § 5 und § 20, Ziff. IV enthaltenen Bestimmungen.

Die Motive zu diesem Antrage lauteten:

Zu § 4, Ziff. IV 2. Von Seite Bayerns ist bereits bei der Vorberathung der jetzt geltenden Prüfungsvorschriften auf das Entschiedenste hervorgehoben worden, dass bei der Ausdehnung des medicinischen Studiums eine Studienzeit von 10 Halbjahren mindestens als unerlässlich erscheint. Aeusserem Vernehmen nach ging der Widerspruch gegen eine Annahme dieser Bestimmung von dem Königl. Preussischen Herrn Kriegsminister aus, und es kam zur Annahme eines Compromiss-Vorschlages, als Minimum der obligatorischen Studienzeit 9 Semester aufzustellen.

Bei dieser Bestimmung bleibt das factische Studium auf 8 Halbjahre beschränkt, da das für den Dienst mit der Waffe beanspruchte Halbjahr erfahrungsgemäss für das Studium vollständig verloren geht. In 8 Halbjahren aber kann nach dem übereinstimmenden Urtheile der Aerzte wie der Professoren der Medicin eine irgend abgeschlossene medicinische Bildung nicht erlangt werden, und es richtet sich daher der Wunsch der betheiligten Kreise dahin, dass der Nachweis eines medicinischen Studiums von mindestens 5 Jahren auf Universitäten des Deutschen Reiches an Stelle der jetzt geltenden Bestimmung trete.

Zu § 5. Unter der Voraussetzung, dass die obligatorische Studienzeit die oben vorgeschlagene Verlängerung von neun Halbjahren auf zehn erfahre, empfiehlt sich die Aufnahme eines psychiatrischen Prüfungsabschnittes in die Vorschriften. Die Erfahrung hat ergeben, dass Aerzte, denen eine psychiatrische Vorbildung abgeht, die Anfänge einer Psychose nur zu leicht übersehen, und dass dadurch viel Unheil angerichtet wird. Dieser schwerwiegende Uebelstand kommt namentlich auch bei Militärärzten in Betracht. Indem der Bezirksverein die Aufnahme einer psychiatrischen Prüfung beantragt, stellt derselbe sich auf den Boden, den der Delegirte der medicinischen Facultät München bei der Vorberathung der gegenwärtigen Prüfungsvorschriften bereits eingenommen hat.

Zu § 20, Ziff. IV. Die Bestimmung in § 20, Ziff. IV gestattet den schlecht vorbereiteten Candidaten der Medicin eine ganz beliebige Verlängerung der Prüfungsdauer, was unmöglich im Sinne des Gesetzgebers gelegen haben kann. Die Prüfung verliert dadurch ganz den Charakter, der ihr zukommen sollte, und kann auf diese Weise in zahlreiche, zeitlich weit von einander abstehende Einzelprüfungen zerlegt werden, die keinerlei Gewähr einer einheitlichen medicinischen Gesammtbildung liefern. Diesem Uebelstande gegenüber dürfte es sich empfehlen, eine Bestimmung über das Maximum der Prüfungsdauer in die Vorschriften aufzunehmen und etwa vorzuschreiben, dass, wer innerhalb zweier Jahre, vom Beginne der Prüfung an gerechnet, nicht zum Abschlusse gelangt ist, die ärztliche Prüfung im Ganzen nicht bestanden habe, und erst in einem der folgenden Prüfungsjahre zu einer Wiederholung der gesammten Prüfung zugelassen werden könne, die zugleich die letzte ist.

Hiezu brachte Aub-München einen neuen, den oben erwähnten Vorschlag des ärztlichen Bezirksvereins München überholenden Antrag ein, die Dressler'schen Thesen 1 und 2 mit den Münchener Modificationen zwar anzunehmen, im übrigen aber den Geschäftsausschuss zu beauftragen, zur weiteren Berathung der Frage dieser Revision eine Commission zu bestellen, welche aus Aerzten und Examinatoren zusammengesetzt sein und bis zum nächsten Aerztetage definitive Vorschläge ausarbeiten soll.

Nachdem dieser Antrag die genügende Unterstützung gefunden hatte, wurde in die Discussion der vorliegenden Frage eingetreten, und sprach sich insbesondere Penzoldt-Erlangen eingehend hierüber aus. Die Hauptmotive der Dressler'schen Sätze seien Schutzvorrichtungen gegen den Andrang zum medicinischen Studium. Solche Schutzmauern müssten vor Allem etwas früher angebracht werden als beim Schlussexamen, also schon am Gymnasium. Dies liege aber nicht in der Macht und Competenz der Aerzte und Examinatoren. In deren Competenz liege jedoch die Vorprüfung. Beim Staatsexamen sei es zu spät, einen unbefähigten Mediciner zurückzuweisen. Das Examen habe viele Mängel, und sein Hauptmangel liege in der Möglichkeit des Auseinanderziehens einzelner Prüfungsabschnitte, die mit der Forderung, dass der Arzt sein Wissen stets präsent habe, in

directestem Widerspruch stehe. Man möge bedenken, dass die Verschärfungen des Examens nicht allein die Candidaten treffe, sondern auch die Examinatoren, und die Folge davon könnte leicht keine Erschwerung des Examens sein, sondern das Gegentheil, weil sich die Examinatoren in vielen Fällen schwer zu dem Ausspruche entschliessen dürften, dass das ganze Examen zu wiederholen sei.

Schliesslich legte Redner entschiedene Verwahrung ein gegen eine vom Referenten citirte Aeusserung Virchow's, als ob die medicinischen Prüfungen an den süddeutschen Universitäten oberflächlicher gehandhabt würden als im Norden. Man müsse sich auf's Nachdrücklichste gegen solche Aussprüche wenden, die sich lediglich auf die Statistik von ein paar Jahren stützten.

An der Discussion betheiligten sich weiterhin Küster-Berlin, Hüllmann-Halle, Beckh-Nürnberg, Landsberger-Posen, Buettel-Büdingen, Demuth-Frankenthal, Krabler-Greifswald, Stumpf-München, Füllen-Neunkirchen, Wallichs-Altona. Mit seltener Einmüthigkeit sprachen sich alle Redner für die ersten der Dressler'schen Sätze aus, und wenn auch die meisten Redner mit dem Motive des Referenten, den Zudrang zum medicinischen Studium einzuschränken, nicht völlig einverstanden waren, so waren sie doch einig in dem Gedanken, dass der deutsche Arzt wissenschaftlich und ethisch den höchsten Anforderungen gerecht werden sollte. Hierauf wurde der erste Satz der Dressler'schen Anträge mit allen gegen 3 Stimmen angenommen.

Zum 2. Satze derselben ergriffen das Wort Wernich-Cöslin und Zenker-Stettin, welche der Psychiatrie den Vorrang vor der gerichtlichen Medicin zuerkannt, ja sogar die letztere Disciplin gestrichen wissen wollten, während Penzoldt-Erlangen die Psychiatrie als einen Examinationstheil der inneren Medicin, nicht aber als eigenen Prüfungsabschnitt aufgenommen sehen wollte. Sein Antrag, über die 2. These nicht abzustimmen, sondern dieselbe der Commission zu überweisen, wurde mit Majorität angenommen. Mit grosser Majorität wurde hierauf die Einsetzung dieser Commission gemäss dem Antrage von Aub-München beschlossen. Bezüglich des Antrages des Bezirksvereins München einigte sich die Versammlung dahin, dass derselbe veröffentlicht und der Commission als Material überwiesen werden sollte.

Mit der Annahme des Aub'schen Antrages war der Verzicht auf weitere Berathung der Dressler'schen Sätze ausgesprochen, und kamen dieselben daher nicht mehr zur Abstimmung.

Der Commission wurde auch der von Andräas-Amberg vertretene Antrag Brauser's überwiesen, welcher mit dem Hinweise auf die bayerischen Einrichtungen verlangte, dass die Zulassung zur Prüfung sowohl im Frühjahre als im Herbst sollte stattfinden können, solange in Deutschland die Zeit der Abgangsprüfung vom Gymnasium noch nicht einheitlich geregelt ist.

Damit war die Tagesordnung des XVII. deutschen Aerztetages erschöpft. Nachdem der Vorsitzende Graf-Elberfeld dem Herzoglichen Ministerium sowie dem Ausschuss der Landesverwaltung für ihr wohlwollendes Entgegenkommen, ferner der Stadt für das dem Aerztetag gegebene Fest im Altstädterrathhause, endlich dem Ortsausschuss der Collegen Braunschweigs für seine Mühewaltung und Aufmerksamkeit den wärmsten Dank ausgesprochen hatte, lud Stumpf-München die anwesenden Collegen ein, dem energischen und geschäftskundigen Vorsitzenden sowie dem Geschäftsausschuss den Dank und die Anerkennung des Aerztetages auszudrücken, welcher Dank in einem dreimaligen Hoch begeisterten Ausdruck fand. Die letzten Stunden des Zusammenseins verlebte die grössere Zahl der Theilnehmer in dem schönen Harzburg.

Das waren die Ergebnisse des XVII. deutschen Aerztetages. Als sich die Theilnehmer am Abend des 25. Juni trennten, konnten sie sich allerdings des Gedankens nicht erwehren, dass Vieles unvollendet geblieben war, aber sie nahmen doch die Ueberzeugung mit in die Heimath fort, dass durch die in schönster Harmonie verlaufenen Verhandlungen der Boden geebnet worden ist für erspriessliches und nutzbringendes Fortarbeiten. So wollen wir die Hoffnung hegen, dass diese Arbeit Früchte zeitigen werde, welche dem Stande zur Ehre, dem Staate zum Segen gereichen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 19. Juni 1889.

Vorsitzender: Herr Virchow.

(Schluss.)

Discussion über den Vortrag des Herrn **Fürbringer: Ueber die Typhusbewegung im Krankenhause Friedrichshain während der letzten Berliner Epidemie.**

Herr Goltdammer: Während sonst in den Monaten März und April im Krankenhause Bethanien durchschnittlich 13 Typhuskranke eingeliefert werden, haben wir in diesem Jahre 72 gehabt. Auch er hat sich davon überzeugen können, dass eine Isolirung überflüssig ist. Es ist nur eine Schwester inficirt worden; auch sonst ist die Durchschnittssumme der Erkrankungen des Heilpersonals nur 1 per Jahr. In Bethanien wird die Wäsche nicht sterilisirt, sondern längere Zeit in Sodalauge gekocht.

Die Epidemien der letzten Jahre waren leicht, was Verlauf und Mortalität angeht. Diese letzte war dagegen sehr schwer. Es starben 14 = 20 Proc. gegenüber einer durchschnittlichen Mortalität von 9 Proc. in den 6 Vorjahren.

Nur 4 starben den bekannten Typhustod auf der Höhe der Krankheit gegen Ende der zweiten Woche an Herz- und Lungenlähmung; von diesen war einer schwerer Potator. Die andern 10 starben an Complicationen, deren Auftreten ein Unglück ist, das sich nicht verhüten lässt, durch keine Therapie, und zwar 2 an Perforation, 1 an Empyem, 1 an Pneumonie, 1 an Diphtheria faucium, 1 an Pyämie, ausgehend von einer der sehr zahlreichen und bösartigen Otitiden, 1 an Glottisödem, 1 an Embolie eines Astes der Lungenarterie; weitere Complicationen waren Erysipelas faciei, schwere Psychosen, sodass von all' den Complicationen, welche die alten Lehrbücher kennen, keines fehlte ausser der Parotitis, die immer seltener wird.

Heilung einer Perforation hat er nie gesehen, nur einmal einen Fall, der sich unter strenger Opiumbehandlung einige Wochen hielt.

Der Patient, welcher an Diphtherie starb, lag in einem Saal, in dem seit 10 Jahren kein Diphtheriekranker gelegen hatte. Goltdammer hält diese Typhusdiphtherie für ganz verschieden von der Kinderbräune.

Antipyretica wurden fast ganz vermieden; bewährt haben sich Morphiuminjectionen gegen die Delirien.

Herr Bartels schildert eine Hausepidemie in der befallenen Stadtgegend. In einer Familie, welche mit mehreren anderen Familien und ca 30 jungen Leuten ein sonst isolirt stehendes Haus gemeinsam bewohnte, erkrankten beide Dienstmädchen, 2 Kinder von 10 und 12 Jahren und der älteste Sohn. Die Eltern und 2 Pensionäre der Familie blieben gesund; auch von den übrigen Hausgenossen ist keiner erkrankt.

Herr P. Guttmann hat nur wenig von den Erkrankten in sein Hospital bekommen, kann aber bestätigen, dass die Epidemie sehr schwer war. Einer Durchschnittssterblichkeit von 12 Proc. gegenüber stellt sich die Mortalität seiner 40 diesjährigen Kranken auf 9, also 22,5 Proc. Eine sonst extrem seltene Complication, nämlich Icterus, hat er zweimal in dieser Epidemie gesehen. In Bezug auf Isolirung der Kranken und Infection des Heilpersonals steht er auf demselben Standpunct wie der Vorredner.

Herr Fürbringer theilt noch mit, dass er bei den 6 ersten Fällen von Perforation die Laparotomie hat ausführen lassen. Trotzdem sich der Operation keine Schwierigkeiten in den Weg stellten, starben alle Kranken. Seitdem behandelt er die Perforationen exspectativ und hatte den schon genannten seltenen Erfolg. Glottisödem sah er einmal (der Patient wurde durch die Tracheotomie gerettet), Parotitis einmal, über die Diphtheria typhosa ist eine Monographie in Vorbereitung.

Der Empfehlung des Morphiums kann er ganz zustimmen, wenn man auch mit der Darreichung äusserst vorsichtig sein muss, weil mancher Typhosus gar kein Morphium verträgt.

Icterus bei Typhus hält er für ein zufälliges Zusammentreffen, glaubt nicht, dass der Typhus icterodes der Tropen hier vorkommt. Auf eine Anfrage des Herrn Ewald erwidert er, dass Recidive ungefähr in einem Drittel aller Fälle sich ereigneten.

Schluss des Semesters. Ferienanfang.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 24. Juni 1889.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Herr **Boas: Ueber Wechselbeziehungen zwischen Magen- und Darm-Krankheiten.**

Boas ist es gelungen, bei einer Anzahl seiner Patienten Darmsaft aus dem Magen zu erhalten. Dies findet hauptsächlich statt bei Kranken, welche an habituellem Erbrechen leiden; Boas führt das Uebertreten von Darminhalt in den Magen auf eine Hyperactivitätsparese des Pylorus zurück. Unterstützen lässt sich der Uebertritt in den Magen durch Sondirung des Magens in horizontaler Lage, sowie durch Massage der Gallenblasen-, Leber- und Pankreas-Gegend.

Die gewonnene Flüssigkeit ist gelblich grün, schwachalkalisch bis schwach sauer, dicklich, vom specifischen Gewicht 1009—1010. In ausgesprochenen Fällen war die Alkalescenz 0,1—0,3 Proc. Zehntelnormallauge; mit Zusatz von Säuren oder Magensaft bildet sich ein dicker Niederschlag, der sich auf Zusatz von Alkalien wieder löste.

Es ist bekannt, dass Galle leicht fault, obgleich ihr im Darm eine entschieden antiputride Wirkung zukommt. Boas hat nachgewiesen, dass Säurezusatz die Gallenfäulniss hintanhält und zwar kein Stoff energischer als Salzsäure.

Ferner fand sich constant Leucin und Tyrosin: Eiweiss fand sich selten (Peptone), niemals Zucker.

Milch wird durch Pankreassaft sehr schnell peptonisirt.

Die Eiweisszerlegung durch Pepsin und Ptyalin scheint entgegen der allgemeinen Annahme stärker zu sein als diejenige durch Trypsin. Für die Fettspaltung ist weder Galle noch Pankreassaft von wesentlicher Bedeutung.

Versucht man nun, sich auf Grund der neuen Thatsachen ein Bild der Vorgänge bei Magendarmkrankheiten zu machen, so fällt ein neues Licht auf der Thatsache, dass bei Magenkrankheiten der Darm vicariirend die Verdauung übernimmt.

In einem eigenthümlich construirten Apparat hat Boas studirt, wie die verschiedenen Mischungen von Magen- und Darmsaft sich verhalten.

Kommt zu schwach alkalischem Darmsaft schwach saurer Magensaft, so erleidet das Gemisch weder seinem Aussehen noch seinen Eigenschaften nach eine bemerkenswerthe Veränderung. Die Reaction ist schwach alkalisch bis schwach sauer, das Gemisch löst Eiweiss. Fügt man aber zu Darmsaft stärker sauren, freie Salzsäure haltigen Magensaft, so entsteht ein opaker Niederschlag, der Glycochol- und Taurocholsäure enthält und Eiweiss nicht löst. Setzt man Salzsäure zu, so erhält man Magenverdauung, setzt man Alkalien zu, so ergeben sich tryptische Wirkungen. — Kommen bei der dritten Phase intensiv saure Chymusmengen zu dem schwach alkalischen Darmsaft, so werden die Darmfermente niedergeschlagen und wirkungslos.

Ist also die motorische Kraft des Magens verringert, so wird die Darmverdauung, ungestört durch saure Massen aus dem Magen, ruhig ablaufen und vicariirend eintreten können.

Bei Hyperacidität wird im Dünndarm eine ausgezeichnete Eiweissverdauung stattfinden, Kohlehydrat und Fett werden nicht verdaut werden, weil die starken Niederschläge (3. Phase) Galle und Bauchspeichelferment niederreissen; bei Hypacidität wird eine gute Darmverdauung in die Bresche treten, weil der Darmsaft nicht durch Säure in seiner Wirkung behindert wird. Hier wird aber gleichzeitig die Gefahr der Zersetzung bestehen, weil die Galle nicht durch Säure desinficirt wird, sich leicht Indol und Scatol bildet, Flatulenz und Diarrhöen sich einstellen.

Daraus ergibt sich, dass die Salzsäure als Medicament viel weniger eine peptische als eine antizymotische Wirkung hat. Es wird sich also mehr empfehlen, Salzsäure nach oder auf der Höhe der Mahlzeit, als vor derselben zu reichen.

(Der Vortrag musste wegen der Kürze der Zeit sehr beschnitten werden.)

Sitzung vom 1. Juli 1889.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Herr **Jastrowitz: Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit.** (Fortsetzung.)

Bei der medicamentösen Behandlung kommt zunächst in Frage der Alkohol, als Bier, Wein, Cognac, Brandy. Er ist besonders indicirt bei acuten Krankheiten, wo wir fürchten, durch andere Mittel die Herzkraft bedeutend zu schwächen. Hier wirkt er als herzpeitschend und nebenher als somniferm. Es ist aber zu bedenken, dass Alkohol in grossen Dosen nach der excitirenden Wirkung eine lähmende zeigt, dass man also sich gezwungen sehen kann, ihn durch eine ganze Krankheitsdauer und darüber hinaus unausgesetzt zu geben. — Bei den chronischen Insomnien ist er nur in den leichteren Formen psychischer Erregung anzuwenden in Form einiger Glas schweren Bieres am Abend neben Körperbewegung und Arbeitsentziehung. Vorsicht ist bei disponirten Individuen entschieden zu empfehlen, weil man sie geradezu zu Alkoholisten erziehen kann; schädlich wirkt das Mittel bei Melancholie und Hypochondrie, weil hier die grösste Depression sich gerade Morgens zu finden pflegt, und diese düstere Stimmung durch einen morgendlichen Katzenjammer noch sehr erschwert werden kann.

2) Opium und Morphium. Redner hält diese Alkaloide, entgegen der modernen Anschauung, dass sie eigentlich nur Sedativa seien, für echte Hypnotica. Gegen echte Schmerzen, so werthvoll Antipyrin, Phenacetin u. s. w. sein mögen, kommen wir ohne Morphium nicht aus. Dem Mittel kommen sicher tonische Wirkungen zu: Sportsmen spritzen sich und ihren Pferden zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit Morphium ein, und die Wirkung des Mittels gegen gewisse Angstzustände lässt sich vielleicht daraus erklären, dass es als Tonicum den mangelnden Tonus in der Medulla oblongata wieder herstellt

Weil es zuerst excitirt, erst in grösseren Dosen nach einer Excitation durch Anämie des Gehirns einschläfert, wirkt es ausgezeichnet bei Isomnien anämischer Personen. Grosse Vorsicht ist geboten bei Fluxionen zur Brust, schweren fieberhaften Bronchititen und Pneumonie und bei Herzleiden.

Für chronische Insomnien ist es wegen des Morphinismus contraindicirt, der ungleich schwerer zu beseitigen ist, (weil Morphium als Tonicum ein Lustgefühl veranlasst,) als Chloralismus, Paraldehydismus, Sulfonalismus.

Opium, welches krampfmachende Alcaloide enthält, wird deshalb in der Kinderpraxis noch mehr gescheut, als Morphium, das z. B. bei Keuchhusten manchmal nicht zu entbehren ist; Opium wirkt wieder besser bei manchen senilen Formen und besonders bei Schlaflosigkeit in Folge von Darmleiden, ferner bei protrahirter Melancholie

Von den anderen Opiumalcaloiden ist Narceïn zu 0,1—0,15 ein ziemlich gutes Mittel, Codeïn in gleicher Dosis macht öfters Convulsionen.

3) Chloral ist unbedingt das stärkste Schlafmittel. Aber es setzt in grossen Dosen den Blutdruck stark herab und lähmt das Herz. Es ist unübertrefflich bei Delirium tremens und im état de mal der Epileptiker.

Contraindicationen sind nach Liebreich Herzkrankheiten und Hysterie. Vortr. betrachtet ferner als solche starke Adhäsionen der Lungen, wenn sie nachweisbar sind, und widerräth entschieden, es solchen Leuten zu geben, bei denen sich keine Excitation durch Pupillenverengerung u. s. w. bemerkbar macht, nachdem sie etwa 4 g erhalten haben. Wirkt es in kleinen Dosen, so ist es sowohl in acuten Krankeiten, wie in chronischen Insomnien, ausserordentlich zu empfehlen. Redner hat eine Verbindung von Chloral mit kleinen Mengen Morphium

empfohlen, weil Morphium die Ausscheidung hemmt und so eine cumulative Wirkung erreicht wird.

4) Paraldehyd greift thatsächlich das Herz nicht an. Wenn es aber andauernd gebraucht wird, so documentirt es seine nahe Verwandtschaft zum Alkohol durch eine chronische Intoxication, die dem Delirium tremens in seinen schweren Formen völlig gleich ist. Contraindicirt ist es wegen seines schlechten Geschmackes und der Ausscheidung durch die Lungen bei Bronchialcatarrh und Dyspepsie, indicirt gerade wegen des schlechten Geschmacks bei Hysterischen, und ferner bei ikterischen Leiden mit Hautjucken. Empfohlen wird es bei Stenocardie, widerrathen bei Erweiterung des rechten Herzens und Arteriosclerose. Es wirkt nicht sehr gut bei den Zuständen extremster Aufregung und Angstzuständen, aber ganz gut bei Insomnien aus moralischer Ursache, sowie bei aufgeregten Epileptikern.

5) Amylenhydrat ist ein recht gutes und ungefährliches Mittel, wie schon seine grosse Dosenspannung (0,8—7 g) beweist. Es belästigt leider häufig den Magen, so dass man es per rectum geben muss. Es ist empfohlen bei Typhus, Herzleiden und auch gegen Hustenreiz; wo Paraldehyd contraindicirt ist, ist es empfohlen, ebenso bei Cholelithiasis als Sedativum.

6) Sulfonal ist ausgezeichnet durch seine Geruch- und Geschmacklosigkeit, die es ermöglicht, es den Patienten auch gegen ihren Willen zu geben. Es wirkt gar nicht auf das Herz. In acuten Krankeiten wirkt es nicht prompt genug, und ist unwirksam gegen Schmerzen; dagegen ist es ein ausgezeichnetes Mittel gegen alle Insomnien aus motorischer Unruhe, z. B. bei Chorea und allen Formen der Manie.

Jastrowitz gibt es gern in kleiner Dosis refracta Tags über und Abends noch eine grössere Gabe. Wenn man es allerdings sehr lange Zeit gibt, so stellt sich eine eigenthümliche Wirkung ein, ein Zustand motorischer Schwäche, Taumeln, Dumpfheit, Schwäche der Extremitäten ohne eigentliche Ataxie. Man soll desswegen Sulfonal nicht unausgesetzt, sondern mit kleinen Pausen reichen.

Die Skala der Mittel, auf ihre narkotische Kraft und ihre Gefährlichkeit hin verglichen, ist: Morphium, Chloral, Methylenhydrat, Paraldehyd, Sulfonal; nach der Sicherheit der schlafmachenden Wirkung folgen: Chloral, Sulfonal, Amylenhydrat, Paraldehyd, Morphium. Sulfonal nimmt also in Bezug auf Gefährlichkeit die letzte, auf Wirksamkeit aber die zweite Stelle ein.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 2. Juli 1889.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

I. **Demonstrationen.** Herr Jaffé demonstrirt einen Fall von Chorea minor, der mittels Hypnotismus erfolgreich behandelt wurde. Das 16jährige Mädchen war früher gesund und hat im Mai d. Js. einen gastrisch-fieberhaften Zustand durchgemacht. Die Chorea wurde zuerst im Februar d. Js. bemerkt. Als Vortragender vor 14 Tagen Patientin zuerst sah, bestanden sehr heftige Choreabewegungen, am stärksten an der linken Körperhälfte. Der Versuch, zu hypnotisiren gelang sofort. Im hypnotischen Schlaf sistirten die Zitterbewegungen vollkommen, wie im natürlichen Schlaf. Vortragender suggerirte nun zunächst für den laufenden Tag, später auch für die folgenden Tage absolute Ruhe für die betroffenen Muskelgruppen. Heute, nach 12 Sitzungen, sind nur noch schwache Choreabewegungen auf der linken Körperhälfte zu constatiren, die Vortragender demonstrirt. Er hypnotisirt die Kranke sodann und zeigt, wie alsdann völlige Ruhe aller Muskeln eintritt.

Zum Schluss erinnert Vortragender an die von Bernheim und Liébeault aufgestellten Regeln, die jeder Arzt, welcher sich mit Hypnose beschäftigt, befolgen soll. Dieselben lauten:

1) Bei allen Hypnotisirungen mindestens einen passenden Zeugen zu verlangen — als Schutz für den Hypnotiseur sowohl als für den Hypnotisirten.

2) Bei allen sehr suggestibeln Personen (Somnambülen) die Suggestion geben, dass niemand Anderes sie hypnotisiren könne.

3) Niemand gegen seinen vorher ausgesprochenen Willen zu hypnotisiren.

4) Suggestionen nur zu therapeutischem Zwecke geben, soweit nicht juristische, wissenschaftliche oder didactische Zwecke mitspielen müssen.

II. Herr **Michael: Casuistische Beiträge zum Hypnotismus.**

Michael hat an 13 Personen, die sämmtlich krank waren, bis jetzt hypnotische Versuche gemacht. Die Hypnose gelang in 9 Fällen, 3 verfielen nicht in Schlaf, 1 stellte sich als Simulantin heraus. Fall I betraf einen 40jährigen Mann mit Epilepsie, der seit seiner frühesten Kindheit Anfälle hatte. Dieselben traten seit 17 Jahren täglich 6 bis 12 Mal auf. Michael gab zuerst Atropin, das nur den Erfolg hatte, dass jedem Anfall eine Aura voranging, was früher nicht der Fall gewesen. Dann versuchte Michael die Hypnose, die auch gelang, und in der Michael die Suggestion gab, dass in den nächsten 24 Stunden kein Anfall auftreten werde. Dies gelang 8 Tage lang vollkommen. Dann versagte der Hypnotismus ohne nachweisbaren Grund seine Dienste und Patient hat jetzt wieder dieselbe Zahl von Anfällen wie früher.

Fall II beraf ein Mädchen, das während der Menses hysteroepileptische Anfälle hatte, zuletzt 5 bis 6 pro Tag. Auch hier hatte Atropin nur den Erfolg, dass den Anfällen eine Aura voranging. Nach der ersten Hypnose blieben die Anfälle auf Suggestion weg und nach der 2. Sitzung traten die regelmässigen Anfälle überhaupt nicht mehr auf. Patientin hat seit 3 Monaten nur ganze schwache, unregelmässig einsetzende Anfälle gehabt.

Michael hat ferner 3 Fälle von hysterischer Aphonie hypnotisirt, davon 2 mit, 1 ohne Erfolg. Ein Fall von Reflexasthma bei Nasenpolypen wurde ebenfalls geheilt. Vortragender hält den Hypnotismus für eine grosse Bereicherung der Therapie. Er verwendet zum Einschläfern die Braid'sche Methode, die er von Hansen gelernt. Die bisher aufgestellten wissenschaftlichen Theorien über das Wesen des Hypnotismus hält er für unrichtig oder ungenügend.

Er glaubt auch nicht, wie die Schule von Nancy, dass Alles auf Suggestion beruht. Die spontan eintretende Katalepsie spräche schon dagegen. Einen Rapport zwischen Hypnotiseur und Hypnotisirten nimmt Michael an. Entfernt sich srsterer, so wachen viele fest schlafende spontan wieder auf. Die Frage nach der eventuellen Schädlichkeit des Hypnotismus kann nur durch Erfahrung beantwortet werden. Viel komme auch auf die Methode an. Bei nicht suggestibeln Personen dürfen die Versuche zum Einschläfern jedenfalls nicht zu lange fortgesetzt werden. Michael kennt einen Fall, wo derartige Versuche $1^1/_2$ Stunden lang erfolglos angestellt wurden, und ein volles Jahr lang erhebliche nervöse Störungen zurückblieben.

Zum Schluss stellt Michael folgende Sätze auf:

1) Der Hypnotismus beruht auf reellen Thatsachen. Selbsttäuschung und Simulation können vollständig ausgeschlossen werden.

2) Eine brauchbare Theorie über das Wesen des Hypnotismus gibt es bis jetzt noch nicht.

3) Der Hypnotismus ist ein mächtiges Heilmittel, das ebenso wie viele andere seine speciellen Indicationen und Contraindicationen besitzt.

Discussion. Herr G. Cohen erzählt 2 Fälle von hysterischer Aphonie aus der Praxis seines verstorbenen Vaters, die durch eine Art von Suggestion im wachen Zustande geheilt wurden. Im ersten Falle wurde der Patientin unerwartet in's Gesicht gespritzt und ihr befohlen, sofort laut zu sprechen. Im andern Falle wurde die Kranke nach Hause geschickt mit der Verordnung, zehn Minuten lang laut zu lesen. Beide waren sofort geheilt.

Herr J. Hess hypnotisirt seit $2^1/_2$ Jahren nach der Methode von Braid. Er benutzte nur Fälle, wo alle andern Mittel

versagt hatten. Sein Material umfasst 19 Fälle, von denen aber nur 13 wissenschaftlich zu verwerthen sind. Diese 13 betrafen 6 Männer und 7 Frauen. Die Hypnose gelang 6 Mal (3 Männer, 3 Frauen) und hatte in 3 Fällen günstige therapeutische Resultate, über die Hess eingehender berichtet. Zum Gelingen der Hypnose ist guter Wille seitens des Patienten Haupterforderniss. Hess fand im Allgemeinen, dass Nervöse schwerer zu hypnotisiren sind, Hysterische dagegen leichter, als dies von Herrn Nonne angegeben worden ist.

Die nächste Sitzung findet am 3. September statt.

Jaffé.

I. Congress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft

zu Prag am 10.—12. Juni 1888.

Aus der reichen Fülle des gebotenen Materials sei dasjenige in Folgendem kurz herausgehoben, was auch für weitere ärztliche Kreise von Interesse sein dürfte.

Der 1. Sitzungstag brachte zunächst eine Reihe von Mittheilungen über **Lepra.**

Herr **Arning**-Hamburg berichtet über eine von ihm vorgenommene Lepraimpfung mit positivem Erfolge, die dadurch besonders an Interesse gewinnt, als bisher alle Impfversuche resultatlos verlaufen sind. Impfling war ein zum Tode verurtheilter hawaiischer Verbrecher, den A., welcher sich im Jahre 1884 zum Studium der Lepra auf Hawai aufhielt, mit der Erlaubniss der dortigen Regierung durch Einnähen eines frisch exstirpirten Lepraknotens unter die Armhaut impfte. Die ersten Krankheitssymptome traten schon nach 4 Wochen unter den Zeichen eines fieberlosen subacuten Gelenkrheumatismus auf; nach 4 Monaten entwickelte sich eine später wieder zurückgehende entzündliche Schwellung des linken Nervus medianus und ulnaris; der erste Lepraknoten trat nach einem $^1/_2$ Jahre in der Impfnarbe auf, dann entwickelte sich die Krankheit weiter und hatte im September 1888 ihren Höhepunkt erreicht; im März d. Js. war schon hochgradiger Marasmus eingetreten.

Herr **Petersen**-Petersburg berichtete über das Auftreten der Lepra in Russland, die dort ihren Ausgangspunkt von zwei Hauptherden nimmt, von denen der eine in den Ostseeprovinzen und den umgebenden Departements, der andere in Südrussland liegt. Ferner berichtet er über gute therapeutische Erfolge durch innere Darreichung von Salicylsäure, die er bis zu 300 g gegeben hat.

Herr Arning erwähnt, dass die Salicylbehandlung, von der Regierung in Hawai officiell eingeführt, als gänzlich nutzlos wieder aufgegeben worden ist.

Herr **Kaposi** berichtet über die guten Erfolge, die ein portugiesischer Arzt mit dem constanten Strom erzielt hat.

Herr **Kaposi: Ueber das epidemische Auftreten des Herpes Zoster.**

K. bespricht die letzte von ihm in Wien beobachtete Zosterepidemie, die sich durch das Auftreten verhältnissmässig vieler, ausserordentlich schwerer Fälle von sogenanntem Zoster gangränosus charakterisirt habe. Er hat das cumulative Auftreten des Zosters in 2 jährlichen Perioden, von denen die eine in die Monate März-April, die andere in die Monate September-October fällt, schon seit Jahren mit Aufmerksamkeit verfolgt und glaubt diesen epidemisch auftretenden Zoster als eine Infectionskrankheit auffassen zu müssen.

Von den zahlreichen Demonstrationen waren von besonderem Interesse die von Franz Král-Prag aus zwei Favusfällen gezüchteten 6 und aus 2 Fällen von Eczema marginat. gewonnenen 2 Pilzarten, von denen er Präparate auf Agardauerplatten, sowie auf Reis- und Fleischscheiben, nach seinen neuesten Methoden erzielt, vorlegte. Die Ausstellung seiner Dauerculturen der verschiedensten Spalt- und Fadenpilzarten — in einer Vollendung, wie wir es selten gesehen — erregten das Interesse und die Bewunderung aller Congressmitglieder. (Wir machen bei dieser Gelegenheit auf die vom hygienischen Institut in der Ausstellung für Unfallverhütung ausgestellten Král'schen Dauerculturen aufmerksam, die, wenn auch gering an Zahl, doch die grosse Leistungsfähigkeit der Král'schen Methoden darthun.)

Herr **Zeissl** demonstrirte Zeichnungen von den Lymphgefässen der menschlichen Genitalien. Es sind hochgelegene und tiefe zu unterscheiden, von denen die ersteren, deren Wurzelgebiet am Frenulum und der Raphe Penis liegt, in mehreren Strängen aufwärts ziehen, die letzteren in der Glans wurzelnd und unter der Tunica vaginalis einherziehend, oft wie die vorgenannten in die Leistendrüsen, nicht selten aber auch — und das ist klinisch von hohem Interesse — direct in innerhalb des Beckens liegende Drüsen münden.

Am 2. Tag sprach Herr **Neisser: Ueber die Bedeutung der Gonococcen für Diagnose und Therapie.**

Die Frage, ob der Gonococcus als Virus der Gonorrhoe aufzufassen sei, muss nach dem jetzigen Stande unserer Erfahrungen unbedingt mit Ja beantwortet werden. Urethritiden, die durch mechanische oder chemische Reizungen, durch die Einwirkung anderer Mikroorganismen erzeugt sind, unterscheiden sich auch, abgesehen von ihrer Seltenheit — durch den klinischen Verlauf. Wenn bei der Gonnorhoe andere Organismen neben dem Gonococcus auftreten, was nicht sehr häufig ist, so handelt es sich um eine Mischinfection. Die von Lustgarten und Mannaberg gefundenen, in der gesunden männlichen Harnröhre vegetirenden Diplococcen unterscheiden sich dadurch von dem Gonococcus, dass sie auf den üblichen Nährböden gedeihen, der Gonococcus nur auf Blutserum. Differentialdiagnostisch ist derselbe bei Balanitis, in einzelnen forensischen Fällen, bei der Urethritis und dem Cat. cervicalis der Weiber, insbesondere bei der Untersuchung der Prostituirten von grossem Werthe. (In Breslau werden sämmtliche Prostituirte auf Gonococcen untersucht.) Die Bedeutung des Gonococcus für die Therapie besteht darin, dass wir uns veranlasst fühlen müssen müssen, so früh wie möglich die specifische Behandlung zu beginnen und diese möglichst lange fortzusetzen, dabei gleichzeitig auf Schonung der Schleimhaut Bedacht zu nehmen.

Die Herren **Steinschneider** und **Galewski** empfehlen als gute Untersuchungsmethode für den Gonococcus die Behandlung der Präparate nach Gram und Nachfärbung mit Bismarkbraun, bei welcher Methode der Gonococcus die braune Farbe annimmt (im Gegensatz zu anderen Coccen). Das zweite wichtige Moment, den Gonococcus von anderen Diplococcen zu unterscheiden, ist seine constante Lagerung in Form von Haufen innerhalb der Eiterzellen.

Von den in der normalen Urethra vorkommenden Diplococcen fanden sich unter 86 Fällen 4, in denen dieselben eine den Gonococcen gleiche Färbung annahmen; sie unterschieden sich aber von ihnen durch Form und Lagerung.

Herr **Friedheim**-Leipzig: **Zur Behandlung der acuten Gonorrhoe.**

Vortragender referirt über zahlreiche vergleichende therapeutische Versuche, die an der Breslauer Klinik mit den verschiedensten antibacteriellen und adstringirenden Mitteln in den verschiedenen Concentrationsgraden gemacht worden sind. Er kommt zu dem Schlusse, das von allen Mitteln das Argent. nitr. wegen der Vielseitigkeit seiner Wirkung als das am Meisten verwerthbare Präparat zu betrachten sei. (Schluss folgt.)

II. Oberbayerischer Aerztetag.

Der II. Oberbayerische Aerztetag wird zu München Sonnabend den 20. Juli, Vormittags 11 Uhr in den Räumen der Restauration Isarlust auf der städtischen Prater-Insel abgehalten werden.

Vorträge sind angemeldet von den Herren: 1. Professor Dr. Bollinger: a) »Ueber die Infectiosität des Fleisches bei Tuberculose.« b) »Demonstration einer Mikrocephalie.« 2. Professor Dr. Winckel: Demonstrationen. 3. Dr. Ludwig Friedrich: »Demonstration einiger Erscheinungen des Hypnotismus.« 4. Professor Dr. v. Ziemssen: »Ueber die Gefahren des Hypnotismus.« 5. Professor Dr. Grashey: »Psychiatrische Mittheilungen.« 6. Professor Dr. Angerer: a) »Ueber die operative Behandlung schlecht geheilter Knöchelbrüche« mit Krankenvorstellung. b) »Ueber Exarticulation des Hüftgelenks« mit Krankenvorstellung.« 7. Oberarzt Dr. Brunner: »Demonstration einiger chirurgischer Fälle.«

Kreisversammlung der Aerzte der Oberpfalz und von Regensburg

zu Schwandorf am Mittwoch den 24. Juli 1889.

Beginn der Versammlung Vormittags 11½ Uhr.

Vorträge: 1) Medicinalrath Dr. Hofmann-Regensburg: »Die Typhusepidemie in Eismannsberg.« 2) Prakt. Arzt Dr. August Popp-Regensburg: »Die Narkose.« 3) Prakt. Arzt Hofrath Dr. Brauser-Regensburg: »Unsere Unterstützungsvereine.« 4) Bezirksarzt Dr. Andräas-Amberg: »Referat über den Aerztetag.« 5) Bezirksärztl. Stellvertreter und Bahnarzt Dr. Greiner-Schwandorf: »Aerztliche Desiderien.«

Versammlung der Civil- und Militär-Aerzte des Kreises Schwaben und Neuburg.

Montag, den 15. Juli zu Donauwörth.

Programm.

I. Vormittags 11 Uhr. Zusammenkunft im Glockenkeller nächst der Bahn. Dort Frühschoppen von 11 bis 12 Uhr.

II. Von 12 Uhr an im Hotel Krebs Versammlung. a) Empfang durch den Vorsitzenden; b) Vortrag des Herrn Dr. Waibel aus Dillingen: »Ueber die geburtshilfliche Antiseptik«; c) Bestimmung der nächstjährigen Versammlung, event. weitere Besprechungen.

III. Hierauf Diner im Hotel Krebs. Nach dem Diner Besuch des Schellenbergs, sodann gesellige Unterhaltung im Glockenkeller.

X. Oberrheinischer Aerztetag.

Donnerstag, den 18. Juli, in Freiburg i. B.

1. Klinische Demonstrationen in den verschiedenen Universitäts-Kliniken Vormittags von 7—12 Uhr. 2. Wissenschaftliche Vorträge im Hörsaale der Anatomie von 12½—3 Uhr. 3. Gemeinsames Mahl um 3 Uhr.

Verschiedenes.

(Frequenz der deutschen medicinischen Facultäten.)*)

	Sommer 1888			Winter 1888/89			Sommer 1889		
	Inländer	Ausländer	Summa	Inländer	Ausländer	Summa	Inländer	Ausländer	Summa
Berlin	915	244	1159	1071	385	1456	922	264	1186
Bonn	344	22	366	306	11	317	389	13	402
Breslau	369	8	377	382	6	388	375	5	380
Erlangen	111	165	276	116	181	297	111	190	301
Freiburg	78	370	448	87	222	309	89	363	452
Giessen	72	45	117	72	50	122	68	51	119
Göttingen	187	53	240	171	43	214	180	47	227
Greifswald	435	43	478	374	31	405	386	36	422
Halle	273	33	306	273	37	310	294	43	337
Heidelberg	78	175	253	71	149	220	86	211	297
Jena	58	149	207	65	148	213	61	165	226
Kiel	208	77	285	159	60	219	232	84	316
Königsberg	239	7	246	236	8	244	257	9	266
Leipzig	404	349	753	416	424	840	429	407	836
Marburg	193	39	232	175	34	209	201	35	236
München	506	833	1339	518	670	1188	479	703	1182
Rostock	61	87	148	65	92	157	67	88	155
Strassburg	88	166	254	101	205	306	88	212	300
Tübingen	118	143	261	132	105	237	109	156	265
Würzburg	171	754	925	186	798	984	168	770	938
Zusammen			8672			8635			8843

(American Armamentarium chirurgicum.) Unter diesem Titel gibt die Firma George Tiemann u. Co. in New-York einen Catalog chirurgischer und sonstiger Instrumente für den ärztlichen Gebrauch heraus, der wegen seiner grossartigen Anlage, durch die er sich vor allen ähnlichen deutschen Werken unterscheidet, auch an dieser Stelle erwähnt zu werden verdient. Ein elegant ausgestatteter, reich in Leder gebundener Band grössten Lexikonformats von 846 Seiten und mit 3414 Illustrationen, beschränkt sich der Catalog nicht auf eine einfache Aufzählung und Abbildung der Instrumente, sondern er enthält auch einen sehr werthvollen Text. Alle wichtigeren Instrumente sind beschrieben, ferner alle häufigeren Operationen, sowie die chirurgische Anatomie nach anerkannten Werken der Chirurgie dargestellt. Das Werk bildet somit gleichzeitig eine äusserst vollständige Instrumentenlehre und ein brauchbares chirurgisches Nachschlagebuch. Der Preis von 10 M., um welchen dasselbe nach Deutschland franco versandt wird, dürfte die Herstellungskosten nicht annähernd decken.

*) Nach amtlichen Verzeichnissen. Vergl. Nr. 3 ds. Jahrg.

Uebersicht über die Geschäfte der öffentlichen Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel (zu München, Erlangen, Würzburg, dann Speyer, Nürnberg und Fürth) für das Jahr 1888.

(Mitgetheilt vom k. Staatsministerium des Innern.)

Untersuchungsgegenstände (Proben)		Zahl der Beanstandungen	Untersuchungsgegenstände (Proben)		Zahl der Beanstandungen
Zahl	Bezeichnung		Zahl	Bezeichnung	
393	Bier	61	146	Kochgeschirre	24
54	Branntwein, Liqueure	6	200	Lactodensimeter, Prüfung und Beglaubigung derselben	—
36	Brod	9	352	Leuchtgas	37
248	Butter, Schmalz (Margarin)	94	448	Mehl	9
17	Cacao, Chocolade	4	115	Metallgeräthschaften	66
108	Essig	10	1009	Milch	74
107	Fabrikate aus Mehl und Zucker	2	3	Obstwein	1
5	Farben für Conditoreizwecke	1	41	Petroleum	—
8	Früchte u. Fruchtsäfte	—	2	Rahm	—
454	Gebrauchsgegenstände	49	4	Speiseöl	1
8	Geheimmittel	2	68	Technische Analysen	13
1084	Gewürze	148	33	Thee	—
10	Hefe	1	477	Wasser	195
10	Honig	4	555	Wein	186
23	Imprägnirmittel	2	430	Wurst- und sonstige Fleischwaaren	45
49	Käse	1	16	Zucker	4
300	Kaffee	2	973	Sonstige Gegenstände	84
			7786	Summa	1135

Therapeutische Notizen

(Die Heilwirkung des Rubidium-Ammonium-Bromid.) Die Wirkung der Brompräparate soll, wie Prof. Laufenauer in Budapest beobachtet hat, proportional sein ihrem Atomgewicht. Die mit hohem Atomgewicht (Bromkalium) wirken am energischsten, die mit geringem (Bromlithium) am schwächsten. L. hat daher ein Brompräparat von noch höherem Atomgewicht herstellen lassen, das Rubidium-Ammonium-Bromid und damit an 22 Patienten, darunter 17 Epileptiker, Versuche angestellt (Pest. med.-chir. Pr. Nr. 27). Im Allgemeinen entsprach die Wirkung desselben jener des Bromkali; in 6 Fällen jedoch soll es unzweifelhaft günstiger gewirkt haben als alle anderen Brompräparate. Die Dosis betrug durchschnittlich 6,0 pro die. Auch als Sedativum und Hypnoticum wurde das Mittel in abendlichen Dosen von 4,0—5,0 mit gutem Erfolg angewendet. Der Preis ist ein sehr hoher, 9 Kreuzer ö. W. das Gramm bei directem Bezug.

(Carbolpastillen.) Nach dem Muster der Sublimat- und anderer Pastillen zur Herstellung antiseptischer Lösungen werden jetzt auch Carbolsäure-Pastillen von der chemischen Fabrik Deines u. Neffen in den Handel gebracht. Die Pastillenform hat sich für derartige Zwecke als äusserst practisch erwiesen. Die Dosirung ist eine sehr genaue und die Mitführung für den Arzt sehr bequem. Solchen, die sich der Carbolsäure als Antisepticum noch bedienen und denen der etwas hohe Preis (5 Pastillen à 5 g kosten 60 Pf.) nicht im Wege ist, werden die Carbolpastillen gewiss vollkommen sein.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 9. Juli. § Am 15. d. M. beginnt der practische Prüfungsabschnitt in der diesjährigen Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst, welchem am 22. d. M. der mündliche Prüfungsabschnitt folgt, mit dessen Beendigung das Prüfungsgeschäft am 26. d. M. geschlossen wird. In die practische Prüfung treten nach Vorbereitung in den betreffenden Fachcursen 24 Aerzte ein.

— Der Sterbecasse-Verein der Aerzte Bayerns (a. V.) hatte am Schlusse des ersten Semesters 1889 bei 12 Todesfällen und 40 Neuanmeldungen einen Stand von 518 Mitgliedern.

— In einer der jüngsten Sitzungen des Münchener Gemeinde-Collegiums stellte der Bevollmächtigte Kröber einen Antrag auf Erbauung einer Anstalt für Leichenverbrennung in Aussicht. Die Anregung wurde auf der liberalen Seite des Collegiums mit Beifall aufgenommen.

— Der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind die Rechte einer juristischen Person verliehen worden.

— Im städtischen Krankenhause in Nürnberg, welches dringend der Erweiterung bedarf, an welchem man aber doch, seiner bevorstehenden Verlegung wegen, kostspielige Erweiterungsbauten nicht mehr gut vornehmen kann, hilft man sich jetzt durch Aufstellung Döcker'scher Baracken, wie solche auch zu Kriegszwecken Verwendung finden. Die Baracke, die nur 3600 M. kostet, in ein paar Stunden aufgeschlagen und abgebrochen werden kann und für 10—12 Kranke Platz bietet, besteht aus einem Holzgerüste; die ausfüllenden Wände, in denen sich die Fenster befinden, werden von einem feuer- und wasserfest gemachten Stoffe gebildet. Der aus Brettern bestehende Fussboden liegt hohl. Die Kranken befinden sich in dieser Baracke, die auf einer Wiese in den grossen Gartenanlagen des Krankenhauses steht, sehr wohl.

— In Hamburg fand kürzlich die feierliche Eröffnung des neuen Allgemeinen Krankenhauses in Eppendorf statt. Seitens der Oberärzte des Hauses war die Einladung hierzu ergangen, und viele hervorragende Medicinalbeamte und Universitätsprofessoren waren dem Rufe gefolgt. Die eingeladenen Gäste, unter ihnen Virchow (Berlin), Esmarch (Kiel), Bardeleben (Berlin), König (Göttingen), Director Hahn (Friedrichshain-Berlin), Curschmann (Leipzig), Madelung (Rostock), Epstein (Göttingen), Küster (Berlin), Fiedler (Dresden), Günther (Dresden), Petersen (Kiel), Fraentzel (Berlin), Generalarzt Cammerer, Admiralitätsrath Neumeyer und viele angesehene hiesige Aerzte versammelten sich gegen 10 Uhr in dem festlich geschmückten Berathungszimmer der Anstalt. Herr Director Prof. Kast begrüsste die Erschienenen herzlich und ertheilte alsdann seinem Vorgänger, dem genialen Erbauer des Krankenhauses, Hrn. Prof. Curschmann das Wort zu einem Vortrage über die Entwicklungsgeschichte der neuen Anstalt und deren Einrichtung. Hieran schloss sich unter Führung der Oberärzte eine eingehende Besichtigung aller Baulichkeiten und Institute. Allseitig wurde anerkannt, dass das neue Krankenhaus eine wissenschaftliche Leistung allerersten Ranges sei und dass sich in Bezug auf practische Einrichtung unter gleichzeitiger Wahrung aller hygienischen Interessen kaum etwas Vollendeteres schaffen lasse.

— Am 29. Januar 1887 wurde von einigen New-Yorker Specialisten eine »Amerikanische orthopädische Gesellschaft« gegründet, die in der Folge zwei Jahresversammlungen, eine in New-York am 15. u. 16. Juni 1887, und eine in Washington am 18., 19. u. 20. Sept. 1888 abgehalten hat. Die wissenschaftlichen Verhandlungen dieser Versammlungen sind in einem soeben erschienenen stattlichen Bande: Transactions of the American Orthopedic Association, Vol. I niedergelegt. Derselbe enthält 24, meist reich illustrirte Originalabhandlungen bekannter amerikanischer Chirurgen, die Zeugniss ablegen von der hohen Stufe auf der die Orthopädie in Amerika sich befindet, wie von dem Ansehen, dessen die genannte Gesellschaft schon nach kurzem Bestande sich erfreut. Ihrem Inhalte nach behandeln die »Transactions« die verschiedensten Fragen der Orthopädie; besonders eingehende Erörterung finden die Behandlung der Pott'schen Krankheit, des Klumpfusses, und die Coxitis.

(Universitäts-Nachrichten.) **Bonn.** Zum Rector der Universität pro 1889/90 wurde der Geheime Medicinalrath Prof. Pflüger gewählt. — **Innsbruck.** An Stelle des zum nächsten Semester nach Graz übersiedelnden Dr. Holl hat das Professoren-Collegium primo loco Dr. Roux, a. o. Professor der Anatomie in Breslau, sodann die Wiener Docenten dieses Faches, Dalla Rosa und Hochstetter in Vorschlag gebracht. — **München.** Die von der medicinischen Facultät pro 1888/89 gestellte Preisaufgabe: »Untersuchungen über die Wirkungen der verschiedenen Hefearten, welche bei der Bereitung weingeistiger Getränke vorkommen, auf den thierischen und menschlichen Organismus« wurde von dem cand. med. Hans Neumeyer aus Freising bearbeitet und ist demselben der Preis zuerkannt worden. — Die neue Preisaufgabe für das Jahr 1889/90 lautet: »Lässt sich eine Keratitis interstitialis künstlich erzeugen und wie verhält sich dieselbe?«

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernennung. Der praktische Arzt und bezirksärztliche Stellvertreter Dr. Theodor Thenn in Wassertrüdingen zum Bezirksarzte I. Cl. in Beilngries.

Quiescirung. Der Bezirksarzt I. Cl. Dr. Adolf Wilhelm Bürklein in Neunburg v./W. wegen nachgewiesener Krankheit in den dauernden Ruhestand auf Ansuchen unter Anerkennung seiner langjährigen treuen Dienstleistung versetzt.

Niederlassungen. Wilhelm Kramer, approb. 1887, zu Bonnland, Bez.-Amts Karlstadt; Dr. Reyher, k. russischer Staatsrath, vormals Privatdocent in Dorpat, zu Miltenberg; Dr. Lorenz Dorsch, approb 1888 zu Röttingen, Bez.-Amts Ochsenfurt; Dr. med. Arno Scheibe in München

Wohnsitzverlegungen. Dr. Max Oschmann von Bonnland nach Hammelburg; Dr. Clemens Müllerklein von Zellingen nach Rimpar; Dr. Joh. Bapt. Endres von Wülfershausen nach Euerdorf; Georg Lang von Remlingen, unbekannt wohin; Max Toller, approb. Arzt, von Reichertshofen nach München.

Erledigt. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. zu Neunburg v./W.

Versetzt. Der Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Herrmann vom 8. Inf.-Reg. zum 2. Train-Bataillon; die Assistenzärzte I. Cl. Dr. Eyerich vom General-Commando II. Armee-Corps zum 1. Schweren Reiter-Reg.; Dr. Heim vom 6. Inf.-Reg. zum 2. Feld-Art.-Reg. und Dr. Flasch vom 2. Feld-Art.-Reg. zum General-Commando II. Armee-Corps; die Assistenzärzte II. Cl. Dr. Langer vom 7. Inf.-Reg. zum 6. Inf.-Reg., und Büx vom 17. Inf.-Reg. zum 1. Train-Bataillon; der Assistenzarzt II Cl. der Reserve Dr. Eugen Wolffhügel (I. München) in den Friedensstand des 2. Feld-Art.-Reg.

Befördert. Zum Oberstabsarzt II. Cl. der Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Gerst vom 2. Train-Bat. als Regimentsarzt im 2. Schweren Reiter-Reg.; zum Stabsarzt der Assistenzarzt I. Cl. Dr. Koch vom 1. Train-Bat. als Bataillonsarzt im 8. Inf.-Reg.; zu Assistenzärzten I. Cl. der Assistenzarzt II. Cl. Dr. Schwesinger im 2. Pionir-Bat.; dann in der Reserve der Assistenzarzt II. Cl. Dr. Julius Faber (Zweibrücken); zu Assistenzärzten II. Cl. der Reserve die Unterärzte Xaver Haerle, Emil Bihler, Friedrich Steinheil, Gottfried Wimmer und Dr. Eugen Wolffhügel (I. München), Hermann Fronmüller und Karl Kiefer (Nürnberg), Bernhard Barczewski (Erlangen), Friedrich Schmitt (Ludwigshafen a./Rh.) und Adolph von Roeder (Landau).

Ein Patent seiner Charge verliehen dem Oberstabsarzt I. Cl. Dr. Mozilewsky, Reg.-Arzt im 4. Inf.-Reg.

Charakterisirt (gebührenfrei): Als Oberstabsärzte I. Cl. die Oberstabsärzte II. Cl. und Regimentsärzte Dr. Moser im 5. Inf.-Reg. und Dr. Deininger im 3. Chev.-Reg.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 26. Jahreswoche vom 23. bis 29. Juni 1889.

Betheil. Aerzte 280. — Brechdurchfall 65 (59*), Diphtherie, Croup 44 (54), Erysipelas 4 (13), Intermittens, Neuralgia interm. — (2), Kindbettfieber 3 (2), Meningitis cerebrospin. — (2), Morbilli 67 (61), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 6 (2), Parotitis epidemica 2 (1), Pneumonia crouposa 10 (5), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 15 (27), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 15 (12), Tussis convulsiva 27 (21), Typhus abdominalis 18 (15), Varicellen 3 (7), Variola, Variolois — (—). Summa 280 (283). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 26. Jahreswoche vom 23. bis incl. 29. Juni 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 2 (5), Scharlach 3 (—), Diphtherie und Croup 7 (6), Keuchhusten — (1), Unterleibstyphus — (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr 1 (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 157 (179), der Tagesdurchschnitt 22.4 (25.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 29.1 (33.1), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 21.7 (18.2), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13.7 (15.3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Briefkasten.

Bitte um Auskunft, ob ein Bezirksarzt, welcher in einer Provinzstadt die Leichenschau versieht, für jene Fälle hausarmer Familien, in welchen die Leichenkosten nicht beigetrieben werden können, und daher der Armenpflege überwiesen werden, von der letzteren Leichenschau-Gebühren verlangen darf. Ist Keinem der Herren Medicinal-Beamten ein Präcedenz-Fall bekannt? Die Sache kömmt eben ein bischen zu häufig vor! Die einschlägigen Bestimmugen sind Leichenschau-Ordnung von 1885 § 12 und churfürstliche Verordnung vom 28. October 1803, Ziff. 2, Abs. 2. Dr. M.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.